Н. ВИНОГРАДОВ

ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ

Н. ВИНОГРАДОВ

ЛЕКЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ

ИЗДАТЕЛЬСТВО «БЕЛАРУСЬ»
МИНСК 1963

617.9
В 49

Предлагаемая читателю книга заключает в себе курс психиатрии в лекционном изложении соответственно программе мединститутов и предназначается в основном для студентов.

Лекции обильно иллюстрируются примерами из клинической и судебно-медицинской практики. В них достаточно полно и обстоятельно излагается общая психопатология, клиника, этиология, патогенез и лечение психических болезней.

Особую ценность представляют соображения автора о патологической физиологии, лежащей в основе психопатологических состояний и симптомов с точки зрения павловского учения о высшей нервной деятельности.



ПРЕДИСЛОВИЕ

Идя навстречу неоднократным и настойчивым просьбам студентов, слушавших курс лекций по психиатрии, автор решил написать пособие по этой дисциплине в форме лекций, соответствующее программе медицинского института.

Это пособие преследует задачу в сжатой форме дать студентам основные разделы психиатрии с тем, чтобы при минимальной затрате времени на теоретический курс они могли больше внимания уделить практической работе. Поэтому данный курс лекций не может претендовать на полный охват всех теоретических положений психиатрии.

Наряду с глубоким патофизиологическим анализом психопатологических симптомов в свете изменений высшей нервной деятельности, в пособии кратко отражено значение нарушений со стороны желез внутренней секреции, изменений в обмене веществ и роль соматических заболеваний в психопатологии. Однако это не значит, что эти моменты недоучитываются нами в патогенезе психических заболеваний.

Кроме того, будучи сторонником идей нервизма, автор не берет на себя смелость в категорической форме утверждать или отрицать первичность вышеуказанных этиологических моментов по отношению к центральной нервной системе.

После смерти И. П. Павлова его ученики и сотрудники много думали о судьбах нового физиологического направления, созданного им в психиатрии.

Нам всегда представлялось, что основные павловские идеи создадут эпоху в развитии психиатрии. И хотя сам И. П. Павлов в 1933 г. писал о том, что многих, даже научно думающих, людей почти раздражают попытки физиологического объяснения психических явлений, современная советская психиатрия теоретически основывается на павловском учении о физиологии и патологии высшей нервной деятельности.

Ученики И. П. Павлова, к которым принадлежит и автор «Лекций по психиатрии», всегда считали, что павловское учение не застывшая догма, а система мышления, непрерывно прогрессирующая и совершенствующаяся путем критики и самокритики. Поэтому мы позволяем себе за изложением павловских мыслей об «охранительном» торможении при шизофрении приводить факты и мысли сегодняшнего дня, дополняющие и уточняющие прежние павловские идеи.

В этом руководстве нам хотелось показать новые основы понимания различных психопатологических расстройств, созданные психиатрами совместно с физиологами.

Автор

ИДЕИ НЕРВИЗМА И. П. ПАВЛОВА. ОЧЕРК ИСТОРИИ ПСИХИАТРИИ

Начиная курс лекций по психиатрии, считаю нужным процитировать письмо академика Ивана Петровича Павлова, которое было написано им в 1935 г. по просьбе ЦК ВЛКСМ в адрес советской молодежи.

«Что бы я хотел пожелать молодежи моей родины, посвятившей себя науке?

Прежде всего — последовательности, об этом важнейшем условии плодотворной научной работы я никогда не смогу говорить без волнения. Последовательность, последовательность и последовательность. С самого начала своей работы приучите себя к строгой последовательности в накоплении знаний. Изучите азы науки, прежде чем пытаться взойти на ее вершины. Никогда не беритесь за последующее, не усвоив предыдущего. Никогда не пытайтесь прикрыть недостатки своих знаний хотя бы и самыми смелыми догадками и гипотезами. Как бы ни тешил ваш взор своими переливами этот мыльный пузырь,— он неизбежно лопнет, и ничего, кроме конфуза, у вас не останется.

Приучите себя к сдержанности и терпению. Научитесь делать черную работу в науке. Изучайте, сопоставляйте, накопляйте факты.

Как ни совершенно крыло птицы, оно никогда не смогло бы поднять ее ввысь, не опираясь на воздух. Факты — это воздух ученого. Без них вы никогда не сможете взлететь. Без них ваши «теории» — пустые потуги.

Но, изучая, экспериментируя, наблюдая, старайтесь не оставаться у поверхности фактов. Не превращайтесь в архивариусов фактов. Пытайтесь проникнуть в тайну их возникновения. Настойчиво ищите законы, ими управляющие.

Второе — это скромность. Никогда не думайте, что вы уже все знаете.

И как бы высоко ни оценивали вас, всегда имейте мужество сказать себе: я невежда.

Не давайте гордыне овладеть вами, из-за нее вы будете упорствовать там, где нужно согласиться, из-за нее вы откажетесь от полезного совета и дружеской помощи, из-за нее вы утратите меру объективности.

В том коллективе, которым мне приходится руководить, все делает атмосфера. Мы все впряжены в одно общее дело, и каждый двигает его по мере своих сил и возможностей.

У нас зачастую и не разберешь — что «мое», а что «твое», но от этого наше общее дело только выигрывает.

Третье — это страсть. Помните, что наука требует от человека всей его жизни. И если у вас было бы две жизни, то и их бы не хватило вам. Большого напряжения и великой страсти требует наука от человека. Будьте страстны в вашей работе и в ваших исканиях.

Наша родина открывает большие просторы перед учеными, и нужно отдать должное — науку щедро вводят в жизнь в нашей стране. До последней степени щедро.

Что же говорить о положении молодого ученого у нас? Здесь, ведь, ясно и так. Ему многое дается, но с него много спросится. И для молодежи, как и для нас, вопрос чести — оправдать те большие упования, которые возлагает на науку наша Родина» [1].

Из письма видно, что И. П. Павлов первостепенной задачей считает усвоение известных и приобретение новых точных научных фактов. Только на основании большого количества фактов, опираясь на них, можно обоснованно делать те или другие научные выводы и обобщения. Успех в науке, освоение какого-либо нового научного материала будет тем большим, чем больше души и страсти вложено в изучаемое дело, в достижение намеченной цели.

Приобретая и усваивая факты, необходимо стремиться проникнуть в глубину их возникновения, настойчиво находить управляющие ими законы. Лишь тогда можно активно вмешиваться в ход жизненных процессов и целенаправленно изменять их. В. И. Ленин писал: «Сознание человека не только отражает объективный мир, но и творит его» [2].

Советская наука направлена на службу народу, народному хозяйству, культурному прогрессу. Наука же в капиталистических странах в значительной мере является орудием господствующего класса и используется для его корыстных целей. У нас в СССР к науке открыт широкий доступ народным массам и научная работа носит планово-организованный коллективный характер.

Необходимым залогом успеха в науке должны служить

---

[1] И. П. Павлов, Условный рефлекс. Изд. АМН, 1952, стр. 9.
[2] В. И. Ленин, Соч., т. 38, стр. 204.

товарищеская взаимопомощь и широкое развитие свободной критики и самокритики.

Нам предстоит изучить основы психиатрии как одной из клинических медицинских специальностей. Слово «психиатрия» греческого происхождения и означает в точном переводе «врачевание души».

Современное определение психиатрии как клинической патологии высшей нервной деятельности дано проф. Е. А. Поповым.

В основу этого определения положена идея нервизма, высказанная С. П. Боткиным и экспериментально развитая И. П. Павловым. Эта идея явилась гордостью русской теоретико-клинической мысли и легла в основу физиологического направления в медицине.

Что же такое нервизм? Под нервизмом И. П. Павлов понимал физиологическое направление, стремящееся распространить влияние нервной системы на возможно большее количество функций организма.

Если обратиться к истокам нервизма, то необходимо вспомнить слова проф. С. Г. Зыбелина, относящиеся к 1777 г.: «...разум покоряет себе тело, и сколько бы тело ни противилось ему... оно, наконец, обессиливает и принуждено будет уступить оному победу, по крайней мере во многих случаях».

Для нервизма характерно следующее положение И. П. Павлова: «Высший отдел держит в своем ведении все явления, происходящие в теле» или «...высший ее отдел является все в большей и большей степени распорядителем и распределителем всей деятельности организма... Это уже давно было отмечено в явлениях гипнотического внушения и самовнушения. Вы знаете, что в гипнотическом сне можно внушением воздействовать на многие вегетативные процессы. С другой стороны, известен такой случай самовнушения, как симптом мнимой беременности. При нем происходит вступление в деятельное состояние молочных желез и отложение жира в брюшных стенках, что симулирует беременность. И это исходит из головы, из ваших мыслей, из ваших слов, из больших полушарий для того, чтобы влиять на такой тихий, истинно вегетативный процесс, как увеличение жировой ткани» [1]. Итак, устанавливается главенствующая роль коры головного мозга над

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 409, 410.

работой остальных отделов нервной системы и всего организма, всех его органов и даже отдельных тканей.

И. П. Павлов уделял большое внимание влияниям подкорки на кору (подкоркой он считал все уровни центральной нервной системы, расположенные ниже коры). Он отмечал, что «...в подкорковых центрах заключен фонд основных внешних жизнедеятельностей организма, подкорка оказывает положительное явление на кору больших полушарий, выступая в качестве источника их силы» [1] или «...деятельное состояние больших полушарий постоянно поддерживается, благодаря раздражениям, идущим из подкорковых центров» [2].

Уже после смерти И. П. Павлова новейшие исследования при помощи современной экспериментальной техники привели к открытию не известных до сих пор физиологических свойств ретикулярной формации ствола мозга, оказывающей большое влияние на кортикальную динамику. Ретикулярная формация мозгового ствола активизирует деятельность коры, а кора в свою очередь влияет на координацию процессов в ретикулярной формации.

В практике жизни постоянно существует тесная взаимосвязь живого организма, как целостной организации, объединенной и направляемой в своей деятельности нервной системой, с внешним миром. Эту постоянную взаимосвязь нужно понимать и как влияние внешней среды на организм, и как преобразующее воздействие организма на внешнюю среду. Живой организм, человек, всегда должен рассматриваться как целое и в смысле единства, неразрывности психического и соматического. «Для истинно научного понимания наших нервнопатологических симптомов и успешной борьбы с ними нужно расстаться со столь вкоренившимся в нас отграничением психического от соматического»,— говорит И. П. Павлов [3].

В свете идей нервизма современная советская медицинская мысль считает болезнь связанной со всеми предшествующими физиологическими основами не только соматической, но и психической жизни человека.

Онтогенез, вся предшествующая жизнь организма, не может игнорироваться при построении патогенеза болезни.

Еще в 1876 г. наш отечественный клиницист проф. Ма-

---

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 402, 403.
[2] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 119.
[3] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 351.

пассеин в своей монографии высказывал мысли о значении душевных потрясений и переживаний в возникновении внутренних заболеваний. Зависимость борьбы организма с заболеванием от центральной нервной системы определяет пути патогенетической терапии болезней. Это является существенным коррективом к прежним узко локалистическим вирховианским тенденциям в терапии, направленным преимущественно на местный болезненный процесс.

В последнее десятилетие на Западе и в Америке стихийно возникло новое направление в медицине, так называемая «психосоматическая медицина». Это уродливый отголосок наших идей нервизма и факторов кортико-висцеральной патологии. Зарубежная «психосоматическая медицина» возрождает давно отжившие догмы фрейдизма, некогда проповедовавшиеся венским психиатром Фрейдом. Фрейд ошибочно учил, что многие человеческие поступки происходят благодаря влиянию так называемой им подсознательной сферы, в которую вытесняются отвергаемые нашим сознанием тенденции и влечения.

Прогрессивная человеческая мысль давно отошла от фрейдизма, лженаучно устанавливающего ведущую роль неизменно наследуемых инстинктов над интеллектом, подсознательного над сознательным в противовес нашему материалистическому учению об активной роли сознания и мышления в личной и общественной жизни.

Так как мозг человека является органом мысли, то естественно, что он и субстрат расстройства мысли, а следовательно и психозы являются болезнями мозга. По определению А. Г. Иванова-Смоленского, психозы являются выражением сложного нарушения динамических взаимоотношений как внутри мозговой коры, так вместе с тем и между корой и нижележащими отделами нервной системы, заболеваниями не только коры, а мозга в целом, более того, всего организма в целом.

Проф. И. Ф. Случевский рассматривает психоз как болезнь всего организма человека и прежде всего его головного мозга, выражающуюся в нарушении сознания и деятельности, т. е. в нарушении способности человека правильно отображать реальную действительность и целенаправленно преобразовывать ее.

Психиатрия относится к числу древних наук. Начальные сведения о ней мы узнаем еще из египетских папиру-

сов за 4 000 лет до н. э. Известно, что вавилонский царь Навуходоносор страдал душевной болезнью, которая протекала у него в форме меланхолии. Иудейский царь Саул страдал эпилепсией с характерными расстройствами сознания.

Древние греки считали, что душевнобольные — это люди, которых преследуют злые фурии, заболевание — это гнев богов, а выздоровление — дар умилостивленного божества.

Историческая действительность пробивается к нам со времен Алкмеона Кротонского, жившего за 500 лет до н. э. Он учил, что головной мозг является органом ощущений и мыслей, а следующий греческий ученый Гиппократ (460—377 до н. э.) уже определенно утверждал, что душевные болезни — это болезни мозга. Гиппократ создал учение о темпераментах и описал белую горячку, меланхолию и противоположное состояние — манию.

Аристотель (384—322 до н. э.) уже делил психические заболевания на приобретенные и врожденные; им была описана жестокость, как характерная особенность эпилептиков.

Серьезных успехов достигла психиатрия в первые века нашей эры. Так, Аретей Каппадокийский, живший в I в. н. э., создал учение о маниакально-депрессивном психозе, связав в единый болезненный процесс такие противоположные состояния, как мания (психическое нарушение, протекающее с повышенным настроением у больного) и меланхолия (нарушение психики, сопровождаемое угнетенным настроением).

Целий Аврелиан (IV в. н. э.) учил, что психозы — это общетелесные заболевания, требовал умелого, тактичного надзора и ухода за душевнобольными и ввел для них постельный режим.

Итак, античная психиатрия стояла на относительно высокой ступени развития.

Но вслед за этим в ее развитии наступил средневековый упадок, связанный с влиянием католической церкви.

Под влиянием церковной догматики психические заболевания расценивались как вмешательства злых сил, дьявола, как его вселение в человека и овладение душой заболевшего. И психически больных, якобы одержимых демонами, стали по приговору церковных судов сжигать на кострах.

Необходимо учитывать, что идеи, занимающие мысли общества известной эпохи, входят и в содержание мышления лиц, заболевших душевно, отражаются в построении их бреда. Было время, когда больные в своем бреде высказывали болезненные мысли о воздействии на них электричества, в результате чего они будто бы и заболели. Потом бредовые психотики стали утверждать, что на них пагубно влияет радио. А вот теперь встречаются больные, пытающиеся доказать, что их здоровье зависит непосредственно от атомных воздействий, направляемых из Америки.

В средние века душевнобольные, отражая до известной степени господствующие тогда взгляды, продуцировали бред одержимости и общения с дьяволом и тем отягощали свое положение в глазах церковной инквизиции.

До какой степени сильна была вера в дьявола, в его влияние на здоровье человека, можно видеть из переписки двух выдающихся людей позднего средневековья Лютера и Парацельса, безраздельно верующих в дьявола. Лютер пишет в письме Парацельсу: «По моему мнению, все умалишенные повреждены в рассудке чертом. Если же врачи приписывают такого рода болезни причинам естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени могуч и силен черт». Интересен ответ Парацельса: «Дьявол вселяется только в здорового и разумного человека, а в душевнобольном ему делать нечего».

Важно проследить отношение к психически больным наших предков. Славяне называли сумасшедших юродивыми, считали, что в ряде случаев они одержимы божественным духом, им дано предсказывать будущее и т. п.

Но несмотря на это, в древней Руси временами смотрели на душевную болезнь, как на божью кару, на проявление силы нечистых духов. Больных называли колдунами и ведьмами, и порою они становились жертвой народного гнева. Так, например, в 1411 г. псковичи сожгли 12 душевнобольных женщин, обвиненных в общении с нечистой силой, из-за чего произошел массовый падеж скота.

В прежние века у нас было распространено суеверие в оборотней. И вот в ряде случаев психически больные в своем бреде утверждали, что они превращаются временами в различных животных.

Историк Татищев вспоминает, как в 1714 г., когда он был у фельдмаршала Шереметьева в поместье Лубны, ему стоило большого труда убедить фельдмаршала отменить смертную казнь психически больной, которая в своем бреде высказывала идеи превращения в сороку и дым. Вообще же это была совершенно безвредная больная, которая ходила по полям и собирала лечебные травы. И вот ее схватили, пытали, приговорили к смертной казни.

Лет двести тому назад существовало суеверие в возможность злых влияний. Некоторые душевнобольные в своем бреде высказывали мысли о том, что могут накликать болезнь на здоровых людей. Описан случай, как в середине XVIII в. один психически больной был осужден Пинежским уездным судом за «порчу икотою» на церковное покаяние и на 35 ударов розгами.

Но уже в 1770 г. сенат осудил с отрешением от должности власти г. Яренска за обвинение больного в наведении порчи.

В этом отношении русский сенат оказался на более передовых позициях, чем медицинский и теологический факультеты университета в г. Вюрцбурге, которые приблизительно в те же годы осудили психически больную за колдовство и приговорили ее к смертной казни.

Но с середины XVIII в. постепенно прекращаются пытки и казни психически больных, создаются для них больницы, однако вместо лечения на первом месте стоят методы укрощения возбужденных больных. С этой целью их сажали в смирительный стул, к которому плотно привязывались руки и ноги и неподвижно укреплялась голова больного. Их заставляли часами стоять на месте без движений; помещали в особые ящики, крепко привязывая к стенкам, и подолгу быстро вращали; заставляли делать продолжительный бег на месте в специальном круглом, полом колесе; в некоторых случаях часами лили на голову холодную воду и т. п., а по воскресеньям впускали за плату посетителей развлекаться созерцанием поведения больных.

Но с конца XVIII и начала XIX в. всюду стал слышаться общественный протест против зверского обращения с этими больными.

Официально реформа в отношении гуманного обращения с психически больными в Западной Европе падает на время Великой Французской революции, когда в 1792 г.

главный врач Парижской психиатрической больницы Пинель снял цепи с душевнобольных.

В последующем ирландским врачом Конолли гуманное отношение к психически больным было развито в систему «нестеснения» (no restraint).

В вопросе гуманного отношения к психически больным Россия оказалась впереди Западной Европы. Так, в 1775 г. Приказ общественного призрения издал указ, в котором говорилось, что дома для умалишенных должны быть «просторные и кругом крепкие», чтобы «утечки из них учинити не можно было», служащим вменялось в обязанность человеколюбимо обходиться с больными, смотреть за ними «неослабно, чтобы они не причинили вреда себе и другим».

Клиническое преподавание психиатрии у нас в России относится к 1835 г., когда впервые курс психиатрии был прочитан проф. Шипулинским. С 1857 г. в Петербурге самостоятельный курс психиатрии читает проф. И. М. Балинский, который считается отцом русской психиатрии. Его ученик И. П. Мержеевский с успехом стал исследовать гистопатологические изменения в мозгу умерших психических больных. Им впервые описана гибель тангенциальных волокон в мозгу паралитиков.

В середине XIX в. в Москве вышла замечательная работа доктора Саблера «О значении бредового помешательства и вытекающих отсюда принципов лечения». В ней Саблером были описаны наблюдения за улучшением психического состояния у душевнобольных после перенесенных ими инфекционных заболеваний с высокой температурой.

Больших успехов, связанных с именем московского психиатра С. С. Корсакова, достигла отечественная психиатрия в конце XIX в. Описанный им и носящий его имя психоз, в основе которого лежат очень глубокие расстройства памяти, положил начало нозологической эры в психиатрии.

Являясь не только теоретиком в психиатрии мирового масштаба, С. С. Корсаков был и неутомимым практиком, внедряющим в обиход идеи гуманного отношения к больным. Он писал о том, что врачу-психиатру, преданному своему делу и своим больным, знакомы такие высокие минуты удовлетворения, такие признаки глубокого доверия со стороны выздоровевших больных, что он не может

не сознавать, что в качестве целителя он делает не меньше врача всякой другой специальности.

В первой четверти XX в. многое для психиатрии было сделано проф. В. М. Бехтеревым, бывшим одновременно крупным невропатологом и психиатром.

В настоящее время в Западной Германии и странах англо-американского капитала, к сожалению, играют значительную роль взгляды, образцом которых могут служить высказывания одного из ведущих психиатров ФРГ проф. Ясперса. В своем труде по общей психопатологии он пишет: «1) оглядки на мозг в психиатрии это что-то мелочное, это соматический предрассудок в психиатрии, 2) между телесным и духовным лежит непроходимая страна и, наконец, 3) источником всех современных зол является демократизация науки». При современном состоянии биологической науки подобное мракобесие и скудость философского мышления очевидны.

Другой немецкий психиатр, Рюдин, в эпоху фашистского режима привнес в психиатрию нацистские взгляды и проводил на практике принудительную стерилизацию психически больных.

В противоположность этому наша русская отечественная психиатрия всегда была материалистической. На ней сказалось влияние наших революционных демократов прошлого столетия, таких корифеев науки, как Сеченов и Боткин. Гуманизм в практике, материалистичность в теории — это тот вклад, который внесли русские психиатры в подтверждение слов Ленина о том, что у представителей передовой общественной мысли в России имеется, к счастью, солидная материалистическая традиция.

Психиатрия — специальность и старая и молодая. Старая потому, что относится к далекому прошлому, молодая потому, что, лишь недавно закончив свой наблюдательно-описательный период развития и став затем наукой, она пытается объяснить наблюдающиеся явления, активно и часто успешно вмешивается в течение болезненного процесса.

Последними достижениями нашей отечественной советской психиатрии являются широкая диспансеризация и развитие специальной психиатрии детского возраста. И в диспансеризации и в детской психиатрии мы значительно опередили западноевропейскую психиатрию.

УЧЕНИЕ И. П. ПАВЛОВА О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ СИГНАЛЬНЫХ СИСТЕМ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ. ИЛЛЮЗИИ, ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Материалистическое понимание психической деятельности глубоко развито и экспериментально обосновано русским физиологом И. П. Павловым, которого высоко ценил В. И. Ленин.

Учение И. П. Павлова в его философском существе есть учение о материальных основах нашего сознания, оно является классическим образцом теории отражения в естествознании.

Перенося с животных на человека основные законы высшей нервной деятельности (или психической деятельности), добытые методом условных рефлексов, Павлов всегда учитывал качественные особенности психики человека, т. е. новые качества его высшей нервной деятельности по сравнению с остальным животным миром.

В этой связи Павловым развито учение о взаимодействии двух сигнальных систем в работе высшего отдела головного мозга человека в противоположность одной сигнальной системе в царстве животного мира.

Фундаментом высшей нервной деятельности являются сложнейшие безусловные рефлексы, относимые Павловым к деятельности ближайших к большим полушариям узлов — базальным ганглиям, которые являются первой инстанцией во взаимоотношениях животного организма с внешней средой. Собака после удаления больших полушарий, но при сохранении этих ганглиев может долгое время

жить: она стремится к еде, оберегается всяких вредных влияний, не терпит ограничения движений, у нее сохраняется ориентировочный рефлекс. Однако эта же собака является глубоким инвалидом, неспособным к самостоятельной жизни без опеки. Как только она истратит свой пищевой запас, то просыпается и начинает бродить в поисках пищи, но не находит ее. Поведение же нормальной собаки хорошо известно: она легко находит пищу и удовлетворяет свой голод.

Это объясняется тем, что, помимо внутреннего раздражения, которое заставляет собаку без больших полушарий бродить и искать пищу, для нормальной собаки отдельные раздражения окружающей среды являются сигналами, направляющими ее верно к пище. В данном случае такими сигналами является вид и запах пищи.

Находить пищу по запаху и виду собака учится в самом начале своей жизни, но если бы ей при еде никогда не показывалась пища и устранялись бы все запахи, то и нахождение ее по запаху и виду было бы невозможно. С удалением полушарий и рушится весь этот приобретенный жизненный опыт, исчезает действие всех сигналов и становится невозможным их новое приобретение. Другими словами, центральная нервная система собаки лишается сигнальной деятельности, присущей коре.

Для больших полушарий основной и самой общей деятельностью является сигнальная, с бесчисленным количеством сигналов. Благодаря специфическим особенностям динамики корковых клеток, эта сигнальная деятельность является переменной, в точности изменяясь вслед за колебаниями внешней среды. Она составляет вторую инстанцию во взаимоотношениях животного организма с внешней средой. Сигнальная деятельность, составляя у животных основное содержание высшей нервной деятельности, имеет у человека качественные особенности, составляющие особую прибавку.

«Эта прибавка,— пишет Павлов,— касается речевой функции, внесшей новый принцип в деятельность больших полушарий. Если наши ощущения и представления, относящиеся к окружающему миру, есть для нас первые сигналы действительности, конкретные сигналы, то речь, специально прежде всего кинестезические раздражения, идущие в кору от речевых органов, есть вторые сигналы,

сигналы сигналов»[1]. Это значит, что за словом кроется система сигнализируемых им непосредственных вещей и явлений внешнего мира. И далее Павлов продолжает: «Они (слова) представляют собой отвлечение от действительности и допускают обобщение, что и составляет наше лишнее, специально человеческое, высшее мышление, создающее сперва общечеловеческий эмпиризм, а наконец и науку — орудие высшей ориентировки человека в окружающем мире и в себе самом»[2].

Ленин говорил: «Всякое слово (речь) уже обобщает»[3].

Павлов считал, что «...основные законы, установленные в работе первой сигнальной системы, должны также управлять и второй, потому что эта работа все той же нервной ткани»[4]. Эти слова Павлова имеют философское значение в нашей борьбе за материалистическое понимание человеческой психической деятельности. 2-я сигнальная система является третьей инстанцией во взаимоотношениях человека и внешней среды. Павлов отмечал, что, «благодаря двум сигнальным системам и в силу давних хронически действовавших разнообразных образов жизни, людская масса разделилась на художественный, мыслительный и средний типы. Последний соединяет работу обеих систем в должной мере»[5].

Художественный тип отличается образно-эмоциональным или конкретно-синтетическим характером мышления. «Художники» охватывают действительность целиком, сполна, без всякого дробления, без разъединения. «Мыслители» же, наоборот, отличаются отвлеченно-словесным или абстрактно-аналитическим характером мышления. В своем отношении к окружающей действительности они дробят ее на части, стремятся понять происхождение отдельных ее явлений, лишь в дальнейшем они пытаются собрать все в единый комплекс, что полностью все же так и не удается.

«Такое цельное,— пишет Павлов,— воспроизведение действительности вообще мыслителю совершенно недоступно. Вот почему величайшая редкость в человечестве — соединение в одном лице великого художника и

---

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 232.
[2] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 232, 233.
[3] В. И. Ленин, Соч., т. 38, стр. 269.
[4] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 336.
[5] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 346.

великого мыслителя. В подавляющем большинстве они представлены отдельными индивидуумами. Конечно, в массе имеются средние положения»[1].

Разделение типов по Павлову на художественный и мыслительный, обусловливаемое образом жизни, ведет к тому, что мысли человека и по содержанию и по течению, по соотношению абстрактного и конкретного в мышлении — есть результат динамического взаимоотношения человека со средой, где главное, формирующее принадлежит внешнему миру, социальной среде.

Можно сказать, что в течение индивидуальной жизни человека могут, до известной степени, развиваться и изменяться как 1-я, так и 2-я сигнальные системы не только сами по себе, но и, главным образом, в их соотношении (т. е. развивается преобладание той или иной сигнальной системы в зависимости от общего образа жизни и деятельности человека).

Высказываясь о 2-й сигнальной системе, И. П. Павлов указывал на то, что один человек хорошо думает, но не конкретно, не реально, связь между 1-й и 2-й сигнальными системами у него довольно рыхлая, а другой думает так же умно, так же по логике, но имеет постоянно тенденцию за словом видеть реальное впечатление, т. е. первые сигналы. Он с окружающей действительностью сносится сильнее, чем первый. Но оба умные.

Основываясь на образном восприятии внешнего мира, «художники» поднимаются до подлинно научных абстракций.

Имея исключительную силу абстракции, учитывая требования действительности, «мыслители» достигают в своем мышлении глубокой правдивости.

Обоснованное Павловым понимание речевой системы, как системы сигнальной, сигнализирующей сигналы внешнего мира, глубоко вскрывает качественные особенности высшей нервной деятельности человека.

Благодаря взаимодействию 2-й и 1-й сигнальных систем в чрезвычайной степени увеличивается сила обратного воздействия живого организма на природу. Ведь воспринимая словесные раздражители, человек приобщается к многовековому опыту человечества, осуществляя преемственность поколений. Внешняя природа перестает навя-

---

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 214.

зывать свою стихийную силу человеку, а, наоборот, человек стремится навязать свою волю природе, изменить ее в соответствии со своими потребностями, овладеть и управлять ее стихийными силами.

Павлов разъяснял, что человек прежде всего воспринимает действительность через 1-ю сигнальную систему, затем он становится хозяином действительности через 2-ю сигнальную систему (слово, речь, научное мышление). Все это возможно благодаря образованию качественно новых временных связей, благодаря абстрактному мышлению, возникающему на базе этих связей. При образовании временных связей нервный процесс как бы удаляется от действительности, от непосредственных влияний внешнего мира. Но это удаление носит диалектический характер. Постоянный контроль, происходящий в форме практики, вновь приближает нас к действительности.

Павлов говорил о том, что если ты хочешь употреблять слово, то каждую минуту за своими словами разумей действительность или нормальное мышление, сопровождаемое чувством реальности, возможное лишь при неразрывном участии этих двух систем.

Положение о том, что 2-я сигнальная система имеет свое значение только в связи с 1-й сигнальной системой, является естественнонаучной основой выводов диалектического материализма о единстве чувственного и логического, конкретного и абстрактного, единичного и общего в процессе познания законов объективного мира.

Сила диалектического абстрактного мышления состоит в том, что оно прочно связывает человека с действительностью, глубоко и верно выражает ее сущность. Мышление, восходя от конкретного к абстрактному, не отходит от истины, а, наоборот, подходит к ней. «Абстракции отражают природу глубже, вернее, полнее», и «...от живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности» [1].

Абстрактное мышление — орудие высшей ориентировки в окружающем мире. Оно дает возможность человеку не только ориентироваться в настоящем, воспроизводить картины исторического прошлого, но и предвидеть буду-

---

[1] В. И. Ленин, Соч., т. 38, стр. 161.

щее, ускорять процесс движения к целям, которые возникают в ходе практической жизни человечества.

В то же время своей практикой человек доказывает объективную правильность своих идей, понятий, знаний, науки.

После смерти Павлова дальнейшее изучение динамики взаимодействия двух сигнальных систем развивалось недостаточно и не всегда правильно. Одно время, например, допускались две ошибки. Первая ошибка: некоторые ученые, ссылаясь на указания Павлова о том, что основные законы, установленные в работе 1-й сигнальной системы, должны также управлять и 2-й сигнальной системой, так как эта работа все той же нервной ткани, говорили, что этим сказано все, что в изучении взаимодействия двух сигнальных систем больше делать нечего и нового искать не приходится. Однако спрашивается, а где исследование нейродинамики отвлечений и обобщений — ведь все это нам пока неизвестно.

Наконец сам Павлов считал, что слово для человека есть такой многообъемлющий условный раздражитель, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных.

Вторая ошибка: сигнальная деятельность, в частности речевая, вообще появляется только при наличии не менее двух живых существ, иначе ее якобы нет. В этом утверждении кроется идеалистический отрыв мышления от реально существующего мира, как его отражения в нашем сознании, и речи, как сигнала сигналов этого мира, как ассоциации следовых раздражений живого созерцания, ранее зафиксированного в мозгу определенным материальным субстратом.

Павлов указывал, что человек пользуется вторыми сигналами не только при взаимном общении, но и наедине с самим собой, т. е. мыслит словами.

Значит ли это, что думать — то же самое, что произносить слова, и что процесс мышления есть процесс разговора «про себя»? Нет. Ведь коль скоро человек научился пользоваться языком, многие процессы мысли могут совершаться фактически без произнесения вслух или «про себя» всех слов и предложений, которые пришлось бы употребить для развернутой формулировки данных мыслей. Например, хорошо известно, что людям, которые

неоднократно вместе обсуждали определенную тему, достаточно нескольких слов, чтобы понять какой-нибудь очень сложный аспект этой темы, тогда как для разъяснения его постороннему человеку пришлось бы потратить много слов. Это объясняется тем, что они все выяснили друг с другом раньше и теперь несколько слов вызывают в их памяти ассоциации, заменяющие эти разъяснения.

Подобную же картину представляют собой мыслительные процессы в мозгу того или иного индивидуума. Можно прийти к определенным заключениям, не прибегая к детальным процессам выражения мысли словами. Однако человек заблуждается, если он предполагает, что у него имеются идеи о вещах, для описания которых ему не хватает слов, или что у него есть мысли, которые он не в состоянии выразить с помощью языка.

Говоря о 1-й сигнальной системе, надо помнить, что протекающие в ней процессы стремятся к образованию динамической стереотипии, т. е. к возникновению внутренней налаженности, систематизированности нервных процессов. Та же наклонность к динамической стереотипии должна, видимо, отмечаться и во 2-й сигнальной системе. Одним из проявлений динамической стереотипии во 2-й сигнальной системе Павлов считал грамматические формы речи (этот стереотип сохраняется даже при тяжелом и распространенном психическом заболевании — шизофрении).

Однако эти положения о стереотипии требуют своей детализации путем дальнейших исследований.

Часто возникает вопрос о локализации 2-й сигнальной системы.

Сначала Павлов предполагал, что лобные доли в известной степени связаны с работой 2-й сигнальной системы, но в конечном итоге он остановился на мысли, что разграничение 1-й и 2-й сигнальных систем не анатомическое, а функциональное.

Павлов указывал, что 2-я сигнальная система, которой мы обыкновенно пользуемся, сама состоит из следов трех сортов: звуковых — на слышимое слово, зрительных — на письменное слово и, наконец, кинестезических, т. е. на след раздражения афферентного кинестезического пункта.

Учение о взаимодействии двух сигнальных систем, созданное им, имеет большое значение в медицине, особенно в невропатологии и психиатрии.

Теперь после общего введения в основы учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности перейдем к изложению непосредственного клинического психиатрического материала.

Психическое заболевание — одно из тяжелых человеческих несчастий и страданий. С этими больными необходимо сохранять спокойный и ровный такт, относиться к ним с уважением, стараясь не показывать своего умственного превосходства над ними.

В психиатрии параллельно применяются два термина: психически больные и душевнобольные. В последнее время говорят «психически больной», а термин «душевнобольной» начинает носить все более и более исторический характер. При психическом заболевании изменяется обычно личность больного. Поэтому одно время предлагался даже новый термин для обозначения душевнобольных — «личнобольные». Но этот термин, введенный в нашу психиатрию покойным проф. А. И. Ющенко, в настоящее время совсем забыт.

То же и в отношении термина «психиатрия». Его предлагалось заменить термином «патологическая рефлексология» (В. М. Бехтерев) и термином «тропопатология» (В. П. Осипов) от слова «тропос» (движение). Но оба новых термина не привились, остался старый — «психиатрия».

Что касается общих причин психических заболеваний, то мы считаем, что болезнь всегда обусловливается внешней средой, действием ее или непосредственно на организм, или через ближайших и отдаленных предков. Таким образом, внешняя среда может влиять непосредственно и посредственно через наследственность.

Павлов писал «...некоторые из условных, вновь образованных рефлексов позднее наследственностью превращаются в безусловные». В другом месте Павлов говорит: «В высшей степени вероятно (и на это имеются уже отдельные фактические указания), что новые возникающие рефлексы, при сохранности одних и тех же условий жизни в ряде последовательных поколений, непрерывно переходят в постоянные. Это было бы, таким образом, одним из действующих механизмов развития животного организма» [1].

[1] И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности. 7-е изд. Медгиз, 1951, стр. 174, 180.

Общими врагами как при соматических заболеваниях, так и в психиатрии являются: инфекции, интоксикации, истощение, травма, неустройство семьи и быта.

Не следует преувеличивать значение наследственности в психиатрии. Если обследовать анамнестически большое количество психически больных, то в 78,2% можно обнаружить в той или иной степени наследственное отягощение, но если такое же обследование провести с таким же количеством психически здоровых людей, то соответствующая цифра составит 66,9%. Эти исследования были проведены за границей Дима и Коллер, а у нас Шоломовичем из клиники проф. В. П. Осипова.

Они подтверждают незначительное влияние наследственности в общих причинах возникновения психических заболеваний.

Для обозначения психического (душевного) больного существует удачный латинский термин — «alienus», т. е. чуждый. В этом слове заключено основное качество психики наших больных, именно «чуждость» его здоровому, нормальному мышлению. Здоровым людям трудно вдуматься в ход мыслей, в переживания больного — настолько они необычны и далеки от реальности, настолько они для нас являются качественно новыми.

Какие же это новые качества? Это иллюзии, галлюцинации, бред и т. д.

Иллюзии — это искаженные восприятия, когда действительно существующие предметы или явления воспринимаются не в полном соответствии с действительностью, а в измененном виде. В отдельных случаях иллюзии могут иметь место и у здоровых людей, но тогда они сравнительно быстро корригируются ясным сознанием. Могут иметь место чисто физические иллюзии, например: прямая палка, опущенная в воду, ошибочно представляется как бы резко перегнутой в месте вхождения в воду, что происходит благодаря разнице в показателях преломления воздуха и воды. Бывают иллюзии, которые по своему происхождению называются физиологическими. Например, если смотреть на два равных отрезка прямых линий, то тот отрезок, на конце которого имеются маленькие расходящиеся черточки, кажется более длинным.

В определенных условиях могут эпизодически наблюдаться у здоровых людей и такого рода иллюзии, которые можно было бы назвать психическими. Они могут зави-

сеть от временных изменений памяти и внимания на фоне утомления и эмоционального напряжения. Представьте себе, что вы очень долго бродили по лесу как охотник. Вы устали, проголодались и все время напряженно ожидаете встретить дичь. В таком состоянии легко ошибиться и иллюзорно воспринять мелкую птицу, внезапно вылетевшую из-за куста, за крупную дичь. Но ваше сознание здорового человека быстро укажет, что вы ошиблись.

У психически же больных иллюзии носят патологический характер. Им, например, слышатся голоса в звуках падающего дождя, слышится брань в тикании часов, они видят, как голова пришедшего к ним человека вдруг заменяется ослиной или дьявольской с горящими глазами. Причем характерно, что у психически больных не наступает коррекции, как у здоровых, и патологическое восприятие может долго оставаться в измененном сознании.

Галлюцинации — это чувственно ясное восприятие, которое не опирается на внешний объект и при котором нет чувственного раздражения.

Если иллюзии иногда бывают и у здоровых людей, то галлюцинации являются обычно указанием на наличие болезненного расстройства. В крайне редких случаях у здоровых людей возможны эпизодические галлюцинаторные расстройства (например, оклики), но эти явления обычно связываются все же с каким-либо необычным состоянием. Эти отдельные случаи наблюдаются при сильном утомлении, аффективном напряжении, при истощении и т. д. Они носят временный характер и сравнительно быстро корригируются сознанием здорового человека.

В болезненных же случаях галлюцинации приобретают характер стойких явлений, зачастую влияя на все поведение больного. Галлюцинации могут быть элементарными (свист, звон, летящие искры и т. д.) и сложными, когда больной видит целые картины, слышит оформленные фразы и т. д.

Наиболее часто слуховые галлюцинации и реже зрительные могут наблюдаться при относительно ясном сознании. При более выраженных степенях изменения сознания галлюцинации могут напоминать переживания психически здорового человека во время сновидений или при засыпании. В этих случаях они называются гипногогическими. Иногда галлюцинации носят императивный характер, когда, например, по приказанию голосов боль-

ной совершает то или иное действие (поджог, убийство и т. д.).

В некоторых случаях больные сами подробно рассказывают о слышимых ими голосах или созерцаемых ими видениях. В других случаях их поведение и позы указывают на наличие галлюцинаторных явлений. Можно видеть больного, который, сосредоточенно всматриваясь во что-то, стоит в неподвижной позе с экстатическим выражением лица. Нетрудно догадаться, что у него, видимо, имеются зрительные галлюцинации. Другие больные затыкают уши ватой, так как у них слуховые галлюцинации, которые они надеются таким образом ослабить. Или больной долгое время закрывает нос платком, на лице у него мимика отвращения — естественно заподозрить здесь обонятельные галлюцинации.

В некоторых случаях обманы восприятий могут носить массовый характер. Приведу вам литературный пример проф. М. П. Никитина, заимствованный мною из книги проф. В. П. Осипова.

«Эпизод, послуживший темой сообщения автора, наблюдался им в окрестностях Саровского монастыря Тамбовской губернии через неделю после окончания торжеств; скопление богомольцев еще мало уменьшилось за это время, и среди них продолжала царить атмосфера крайнего религиозного возбуждения. 28 июля автор по дороге от монастыря к источнику увидел группу крестьян и крестьянок, состоявшую человек из двадцати, столпившихся вокруг одного из многочисленных в той местности колодцев; все смотрели на дно колодца с выражением страстного любопытства, перевешивались через перила, заглядывали через головы соседей, протискивались вперед; собралась толпа, слышались вопросы. Один из крестьян заметил: «Да вот сейчас, сказывали, на дне два лика»; возбуждение нарастало; разостлали над головами черную шаль, чтобы лучше видеть дно колодца, и вдруг одна женщина воскликнула: «Вот, вот, батюшки мои родимые, как ясно-то! Ах, какая благодать! Отец Серафим!» Через минуту иллюзия стала общей, с трудом отходили от колодца, уступая место другим, люди с блаженными лицами, с выражением экстаза. Автор ничего, кроме камешков и древесных сучков, на дне колодца не увидел. Иллюзия продолжалась до 15-ти минут, захватывая новые и новые лица, человек до сорока. Вдруг к колодцу протиснулась молодая, бойкая женщина и по примеру других стала смотреть в колодец; на вопрос, что видно в колодце, она ответила: «Да чего, человечьи головы кругом видать, белы камни видать, а больше ничего». Эти слова быстро рассеяли иллюзию — начали раздаваться вопросы, высказываться сомнения, иллюзия исчезла. Толпа разошлась. Расспрашивая участников иллюзии о ее содержании, автор убедился, что впечатления их, имея своим содержанием общий объект, видение Серафима, в подробностях значительно отличались между собой».

В этом описании отчетливо выступает развитие массовой иллюзии под влиянием самовнушения и взаимного внушения в группе богомольцев, переживавших одинаковое состояние религиозного аффекта. Способствовало развитию психической эпидемии и то, что люди были голодны и утомлены.

В некоторых случаях галлюцинации носят необычный, оригинальный характер. Больной воспринимает их не из внешнего мира, не проецирует галлюцинаторные явления во вне, а ему представляется, что голоса раздаются в его собственной голове, что его мысли звучат, стали громкими, что он «внутренним оком» видит целые картины и т. д.

Такого рода галлюцинации были впервые описаны нашим отечественным психиатром В. Х. Кандинским под названием псевдогаллюцинаций. Несколько позднее их описал французский психиатр Байярже, назвав психическими галлюцинациями.

В некоторых случаях псевдогаллюцинации сочетаются с таким ощущением больного, будто его голосовой аппарат непроизвольно произносит те или иные слова. Это болезненное явление нередко перерастает в насильственное говорение, а последнее, в свою очередь, является одним из проявлений утери чувства возможности владеть своими мыслями, намерениями и поступками. Собственные мысли больного представляются ему чуждыми, навязанными со стороны. Сочетание всех этих патологических проявлений носит название синдрома Кандинского — Клерамбо (почти одновременно были описаны эти расстройства отечественным психиатром Кандинским и французом Клерамбо). Очень часто эти расстройства называют синдромом умственного (или мозгового) автоматизма.

Иногда наблюдаются своеобразные расстройства восприятия (частично связанные с расстройством памяти в отношении последовательности явлений). В этом случае видимое в первый раз больной воспринимает, как уже знакомое, пережитое, так называемый симптом déjà vu; противоположный ему симптом, когда много раз пережитое воспринимается, как никогда невиданное, называется jamais vu.

Интересны и расстройства синтеза ощущений, относящиеся к положению собственного тела. В патологиче-

ских случаях человеку иной раз кажется, что отдельные части его тела как-то изменились, приняли другую форму. Ноги, руки стали или длиннее обычного, или короче, голова расширилась в объеме, отделилась от шеи и туловища и располагается теперь, например, на локтевом сгибе.

Эти расстройства в восприятии схемы собственного тела могут привести в некоторых случаях к тому, что переживания у больного утрачивают личный характер и приписываются какому-то другому лицу, комплекс ощущений собственного «я» претерпевает своеобразное превращение и воспринимается, как «он». Это называется деперсонализацией. Получается так, что в дифференцированном восприятии «я» от «не я», т. е. собственной личности от окружающего мира, все ощущения от «не я» больной воспринимает, как «я» и наоборот. Нельзя не видеть во всем этом своеобразной тенденции к ультрапарадоксальным отношениям в кортикальной динамике.

Основой галлюцинаторных явлений являются изменения нормальных взаимоотношений тормозного и раздражительного процессов в сторону преобладания раздражительного процесса, когда он необычно долго, патологически, преобладает в той или иной группе корковых клеток и делается инертным, застойным.

В отдельных случаях, когда мы имеем дело, например, со зрительными гипногогическими галлюцинациями сновидного характера, можно считать, что патологически инертное возбуждение имеет место преимущественно в 1-й сигнальной системе при наличии торможения во 2-й сигнальной системе и снижения ее контролирующей функции.

Разницу между галлюцинациями истинными и псевдогаллюцинациями мы, как и проф. А. Г. Иванов-Смоленский, объясняем тем, что когда патологически инертное возбуждение распространяется и на корковую проекцию зрительной или слуховой аккомодации соответственного органа чувств, то создаются условия для проецирования наружу, вовне (истинные галлюцинации); когда же инертное возбуждение не захватывает корковой проекции аккомодации того или другого органа чувств, то мы имеем дело с псевдогаллюцинациями.

Для иллюстрации ранее сказанного приводим следующий клинический пример.

Больная С., 43 лет. При поступлении никаких жалоб не предъявляет, считает себя здоровой. Контакт с больной затруднен.

В детстве росла и развивалась нормальным ребенком. Получила 3-классное образование. В 24-летнем возрасте заболела психически и в течение 3 лет находилась на излечении в одной из ленинградских психиатрических клиник. Из клиники была выписана в удовлетворительном состоянии.

В дальнейшем вышла замуж. Развод с мужем и болезнь ребенка в 1961 г. способствовали возврату болезни. Появилась бессонница, необъяснимый страх.

По дороге в город в связи со странностями поведения была снята с поезда и доставлена в психиатрическое отделение. В отделении больная обнаруживает сохранность ориентировки всех видов. Достаточно контактна.

Больная высказывает бред преследования, считает, что ее хотят убить, действуя на расстоянии электричеством. Она часто закрывает нос полотенцем, так как, по ее словам, чувствует отвратительный запах. Слышит голоса. По временам больная неподвижно останавливается, прислушивается, а затем начинает давать ответы на галлюцинаторные вопросы. Временами наблюдаются и зрительные галлюцинации. Ей кажется, что все предметы изменили свой внешний вид.

У больной иногда отмечается и расстройство восприятия схемы собственного тела (левая рука стала длиннее правой, ноги стали толще, чем это было обычно, голова же уменьшилась в размерах).

В данном случае мы констатировали проявление слуховых, зрительных и обонятельных галлюцинаций, познакомились с явлениями нарушения в восприятии схемы собственного тела у больной, а также с бредом преследования.



БРЕДОВЫЕ ИДЕИ И НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ

Среди психопатологических явлений, отмеченных при анализе случая психического заболевания на прошлой лекции, имел место бред.

Что же такое бред у психически больных? Бредом, или бредовыми идеями, называется болезненно искаженное отношение мысли к фактам окружающей среды. Здесь важна именно болезненно искаженная мысль.

Бред может быть самого различного содержания. Очень часто мы встречаемся с бредовыми идеями отношения, когда больные уверены, что окружающие их люди относятся к ним не так, как к другим, а как-то хуже, недоброжелательнее. В более резко выраженных случаях такой бред отношения может перерасти в уже выраженный бред преследования. В этих случаях больные уверены, что есть злонамеренные люди, которые желают и стараются причинить им всяческое зло. Часто больные уверены, что их стремятся убить, мучить и т. д.

Как о разновидностях бреда преследования можно упомянуть о бреде отравления и о бреде физического воздействия. В этих случаях больные уверены, что им дают отравленные порошки, пищу, воду. Другие начинают утверждать, что на них действуют при помощи электрического тока или каким-нибудь иным способом; все это делается якобы со специальной целью, чтобы причинить им зло.

Относительно реже мы встречаемся с бредовыми идеями **стенического характера**. Больные утверждают, что они являются очень способными людьми, талантливыми изобретателями и т. д. Они уверены в своем величии и всячески стараются убедить окружающих в своей правоте.

Чем больной интеллектуально выше, тем у него и бред носит характер большей отработанности, законченности. В тех же случаях, когда бред развивается у больных с быстро нарастающими явлениями слабоумия, он носит явно нелепый характер. Например, больной в этих случаях считает себя не просто богатым и могущественным человеком, но именно повелителем стратосферы и т. д.

Бредовые идеи могут носить характер продуманной системы, так называемый **систематизированный бред**. В противоположных случаях бред носит отрывочный характер с колебаниями и постоянными изменениями в своем содержании.

Бред может развиться остро, например лихорадочный бред при инфекционных заболеваниях. Чаще же он носит хронический характер, как у больных шизофренией. В некоторых случаях бред, возникший в остром периоде инфекционного заболевания, сохраняется в качестве остаточных явлений и некоторое время после падения температуры, в период реконвалесценции — такой бред называется **резидуальным бредом**.

В подтверждение сказанного приводим данные из историй болезни двух больных с психическими заболеваниями.

Больная Ф., 45 лет. Колхозница, с работой в колхозе справлялась. Муж погиб во время войны. Воспитывает 2 детей, дети здоровы. Больная ничем не болела.

Психически заболела впервые. У больной замечены странности в ее поведении. Подолгу сидит в одной позе и пристально смотрит в одну точку; опасается, что ее должны забрать, просит сына продать дом и уехать, утверждает, что от съеденных ею конфет жжет в груди.

В клинике неспокойна, часто плачет, высказывает бредовые идеи преследования. Слышит голоса, утверждающие, что ее будут мучить и уничтожат, видит собравшихся людей. Испытывает страх, просит отпустить ее домой. Отмечаются слуховые и зрительные галлюцинации.

Больная И., 47 лет. Росла и развивалась нормальным ребенком. В детстве перенесла корь, в зрелом возрасте — малярию. Живет и работает в колхозе, с работой справляется. Образования не получила. Муж погиб, детей не имела. Больная была спокойным,

уравновешенным человеком. Полгода тому назад у нее начались головные боли, в последние две-три недели они резко усилились. Появились странные ощущения. Больная стала испытывать «насильственный разговор изо рта», а в самые последние дни больная почувствовала, что у нее «заговорила кровь». В связи с этим помещена в психиатрическую клинику.

В клинике отмечен ряд неврологических симптомов: неравномерность зрачков — правый зрачок шире левого, реакция их на свет сохранена; сглажена левая носо-губная складка; справа рефлекс Бабинского и клонус правой стопы; отмечается промахивание при пальце-носовой пробе.

Кровяное давление при поступлении 180/120 *мм рт. ст.* В дальнейшем оно снизилось.

Психический статус: больная контактна, ориентирована, жалуется на ощущение «насильственного разговора», что-то, якобы, подходит к глотке, и слова сами начинают вылетать изо рта.

Утверждает, что у нее «говорит кровь», слышит голоса, они звучат то у нее в голове, то в животе.

В последнем примере в картине болезни наблюдаются псевдогаллюцинации, больная воспринимает галлюцинаторные явления не извне, а изнутри, из собственного тела. Голоса раздаются то в голове больной, то в ее животе, то даже «кровь говорит». Все эти явления дополняются ощущениями насильственного разговора, т. е. своеобразным обманом чувств (псевдогаллюцинации), идущим от голосового аппарата. У данной больной имеет место умственный или мозговой автоматизм Кандинского — Клерамбо.

Как же можно объяснить и понять возникновение бредовых идей у больных?

Бредовые сдвиги в мышлении находятся в единстве с измененными восприятиями. Так, в случае, разобранном нами, больная высказывает бредовые идеи преследования, считает, что ее хотят уничтожить и т. п. Но ведь эта больная галлюцинирует, она слышит голоса, которые прямо говорят, что ее будут мучить и т. д. Вполне понятно поэтому, что в ответ на такие устрашающие галлюцинации у нее и развивается бред преследования.

В других случаях возникновение бреда возможно в связи с наличием какой-либо патологической интероре-цепции. Такой бред по своему происхождению мог бы быть назван катестезическим бредом, что предложено В. А. Гиляровским и Р. М. Новицкой. В этих случаях появляются различные неприятные ощущения в теле, как следствие болезни. Эти ощущения влияют на самочувствие больного и на оценку им окружающего. Так возни-

кают, главным образом, бред физического воздействия и ипохондрический бред.

Но как объяснить случаи, когда бредовые идеи имеются налицо, а галлюцинаторных явлений нет и не было; отсутствуют указания и на какую-либо патологическую, необычную интерорецепцию.

Западногерманский психиатр Ясперс про такие случаи говорит, что они никогда не смогут быть познаны человеческим умом. Но эта бесперспективность мышления не может нами рассматриваться иначе, как результат современного агностицизма в буржуазной науке. С наших материалистических, марксистско-ленинских позиций, непознаваемых вещей и явлений в природе не существует, а есть лишь вещи и явления пока не познанные, но которые неизбежно будут познаны человеком при более совершенной технике и методике научных исследований и наблюдений.

Нередко уже теперь можно понять возникновение бредовых идей. Для правильного их понимания с павловских позиций необходимо изучить и вникнуть в глубину тех динамических процессов в клетках коры головного мозга, которые лежат в основе бредообразования у наших больных.

Мы часто понимаем термин «торможение» только как ограничение какой-то деятельности или полное ее прекращение. Не возражая непосредственно против такого представления, в то же время необходимо помнить, что торможение может обусловить собой новое качество возбуждения.

Приведем пример.

Около 24-летнего солдата разорвался крупного калибра снаряд, в результате чего произошла контузия и коммоция (ушиб и сотрясение мозга). В процессе выздоровления от полученной закрытой травмы черепа больной забыл все, чему его учили, весь период юношеской и взрослой жизни. Его поведение, интересы, психика стали напоминать ребенка 3—4-летнего возраста. Он разучился ходить и передвигался, ползая по полу, с увлечением играл детскими игрушками, говорил детским голосом и т. п.

В данном случае возбуждение в центральной нервной системе, обусловливающее поведение взрослого, как поведение ребенка, происходит благодаря сильному торможению, охватывающему функциональные «наслоения» в кортикальной динамике, приобретенные в течение индиви-

дуальной жизни. Короче говоря, заторможен почти весь онтогенетический опыт, и это торможение вызвало новое качество возбуждения, проявляющееся в детском поведении у взрослого.

И. П. Павлов различает две разновидности торможения по способу своего возникновения: внешнее и внутреннее.

Первый вид торможения есть результат взаимодействия различных деятельных центров, а второй является непосредственным эффектом раздражений, приходящих в данный центр. В своей физико-химической основе оба процесса едины. Например, цыпленок, только что вылупившийся из яйца, сейчас же обнаруживает пищевой хватательный рефлекс при зрительном раздражении маленьким предметом, лежащим на полу. Но если этот предмет сильно раздражает полость рта, то хватательный рефлекс тормозится и заменяется выбрасывательным оборонительным рефлексом — внешнее торможение. Другим примером могут служить многие насекомые, которые в стадии гусениц при малейшем прикосновении к ним моментально как бы замирают и падают. Очевидно, прямое торможение всего нервного двигательного аппарата — это внутреннее торможение.

Для большей ясности следует представить себе в 2 случаях функциональное нервное поле с одним и двумя пунктами возбуждения.

В одном поле, где действует один пункт возбуждения, спустя некоторое время, в зависимости от силы и длительности действия, возбуждение угасает и наступает торможение — внутреннее торможение.

В другом поле, где действуют два пункта возбуждения, от каждого пункта возбуждения во все стороны идут тормозные импульсы индукционного характера. В итоге пункт более слабого возбуждения может быть заторможен полностью отрицательной индукцией с пункта более сильного возбуждения — внешнее торможение.

Внешнее торможение действует от рождения, а внутреннее можно в течение жизни тренировать, усиливать и ускорять его наступление.

После этих предварительных данных о торможении перейдем непосредственно к вопросу о бредообразовании у психических больных.

Действительное отношение к внешнему миру у людей

основывается на нормальном взаимодействии 1-й и 2-й сигнальных систем. Изучая динамику бреда, следует интересоваться функциональным соотношением этих систем у данного больного.

В норме 2-я сигнальная система постоянно отрицательно индуцирует, т. е. сдерживает 1-ю сигнальную систему. 2-я сигнальная система, по словам И. П. Павлова, есть высший регулятор человеческого поведения.

При начинающемся общем корковом торможении взаимоотношение обеих сигнальных систем изменяется, на первый план теперь выступает 1-я сигнальная система. Благодаря этому во сне (который по Павлову является разлитым торможением), особенно если сон не очень глубок, чрезвычайно оживляется работа 1-й сигнальной системы. Хранящиеся в ней следы от бывших раздражений теперь могут достигнуть степени непосредственных впечатлений (сновидения).

При заболеваниях мозга 2-я сигнальная система, как филогенетически более молодая, страдает в первую очередь и создаются возможности для бесконтрольной работы 1-й сигнальной системы.

С ослаблением работы 2-й сигнальной системы в ходе болезни отпадают и все выгоды слова, все общие понятия: времени, пространства, причинности, которыми в норме мы ориентируемся в окружающем мире. А раз отпадают общие понятия, которые являлись нашим постоянным критерием в жизни, то сцепления следов прежних раздражений в 1-й сигнальной системе становятся хаотичными.

Деятельность 1-й сигнальной системы, лишенная регулирования со стороны 2-й сигнальной системы в форме общих понятий, может продуцировать сцепления и связи, не соответствующие законам действительности.

Нечто аналогичное имеет место при сновидениях, когда прошлое перемешивается с настоящим, порываются связи с действительностью, но нереальность сновидений мы обычно воспринимаем, как что-то реальное или безразличное потому, что 2-я сигнальная система с ее общими понятиями времени, пространства, причинности не работает.

Следовательно, бред как искаженное отношение мысли к действительности может возникнуть на почве ослабления 2-й сигнальной системы, т. е. ее некоторой затормо-

женности. Бредовый больной не замечает самых вопиющих противоречий в своем бреде и не поддается логическому переубеждению именно вследствие ослабления 2-й сигнальной системы.

Таковы общие основания, с точки зрения патофизиологии высшей нервной деятельности, бредового состояния у наших больных.

В генезе бредообразования играет роль патологическое состояние внутреннего торможения или же, в некоторых случаях, особое состояние динамики корковых клеток, так называемая ультрапарадоксальная фаза.

Приведем отдельные соответствующие случаи.

Несколько лет тому назад у нас в клинике была больная И., 26 лет. Родилась в крестьянской семье. Росла и развивалась нормально. Семи лет пошла в школу, училась посредственно, окончила восемь классов.

Во время Великой Отечественной войны отец девочки ушел в партизаны. Немецкие фашисты в наказание за это весной 1942 г. арестовали ее вместе с матерью, братом и сестрой. В течение ряда дней их держали в тюрьме, подвергая пыткам и истязаниям. Особенно тяжелы были ожидания очередных истязаний, когда уводили на пытки других арестованных. В эти моменты наша будущая больная находилась в особом напряжении и страхе предстоящих ей испытаний. Спустя некоторое время ее из тюрьмы перевели на лагерные работы, но и здесь постоянно приходилось быть тоже в очень большом напряжении, так как работы проходили под вооруженным надзором, а побои были нередким явлением.

Таким образом, наша будущая больная длительное время жила в условиях, вызывавших огромное напряжение корковых клеток, деятельность которых связана с чувством опасности и страха, создалось постоянное, чрезмерное напряжение оборонительных центров. Через некоторое время она была освобождена Советской Армией и вернулась в колхоз. Лишь у себя дома, работая в колхозе и находясь в полной безопасности, она заболевает. Появляется бред преследования, который обостряется при переезде на новое место работы, где ей пришлось услышать речь, похожую на немецкую. Галлюцинаций у больной не наблюдалось.

Какова же динамика происхождения бреда в данном случае? Больная длительное время жила в состоянии чрезвычайно выраженного чувства страха и опасности, что вызывало хроническое напряжение оборонительных центров, и, наконец, дело дошло до перенапряжения процесса возбуждения в этих корковых клетках. При этом перенапряжении возбуждения резко ослаб и сошел на нет процесс внутреннего торможения в этих группах корковых клеток, который теперь не может периодически сменять

собою процесс возбуждения, как это имеет место в норме. Значит, процесс возбуждения, не имеющий теперь ограничения во времени, действует постоянно, хронически, застойно. Создалась так называемая патологическая инертность раздражительного процесса, а на ее основе развился бред преследования. Необходимо еще раз подчеркнуть, что никаких галлюцинаций, никакой патологии восприятий у больной в течение болезни не наблюдалось.

В некоторых случаях бред может достигнуть большой степени систематизации благодаря тому, что пункт патологически инертного раздражительного процесса, около которого концентрируется (на основании закона генерализации) все близкое, сходное, родственное и от которого по закону отрицательной индукции отталкивается, задерживается все ему чуждое, создает специально направленное мышление, в котором игнорируется все, что противоречит доминирующей мысли, и, наоборот, принимается за совершенную истину все, что можно привлечь в ее пользу, хотя бы и с очень большой натяжкой. Такой же предвзятой переработке может подвергнуться и прошлое, в связи с чем у больных с систематизированным бредом могут наблюдаться своеобразные искажения воспоминаний (иллюзии памяти).

Теорию возникновения бреда у психически больных на почве патологической инертности раздражительного процесса создал И. П. Павлов, перенося в клинику свои выводы из лабораторных опытов на собаках, где искусственным путем, по желанию исследователей, можно было вызывать и наблюдать подобное застойное, патологически инертное возбуждение.

Остановимся теперь на другом случае бреда.

В нашу клинику поступила молодая девушка в реактивном психотическом состоянии, она заболела после смерти одного из близких родственников. У этой больной также не было галлюцинаций, не было и оснований предполагать наличие какой-либо патологической интерорецепции. И в то же время она продуцировала бред беременности. Упорно настаивая на своей бредовой идее, она старалась уверить в ней окружающих, хотя была девственной.

Какова же динамика бредообразования у этой больной? Знакомясь с глубоким анамнезом, удалось выяснить, что больная получила весьма строгое воспитание и особенно в вопросах сексуальной этики. У этой девушки

мысль о ее девственности служила сильным раздражителем, всецело и полностью определявшим ее поведение в обществе. На фоне болезненного ослабления корковых клеток этот всегда сильный раздражитель в норме, при патологии стал сверхсильным и поэтому, естественно, вызывал на себя запредельное торможение. На основании закона взаимной индукции в это же время положительно индуцируются корковые словесные клетки, связанные с противоположными представлениями. Легко понять, почему мог возникнуть в данном случае бред беременности, который по своему содержанию является следствием мыслей и представлений, прямо противоположных тем, которые постоянно имелись у больной до ее заболевания, т. е. все, что возбуждало раньше, теперь тормозит и наоборот, что раньше тормозило, то теперь возбуждает.

Такое состояние в динамике корковых клеток, когда они в своем функционировании представляют как бы негатив того, что было раньше, есть явление фазовое (т. е. временное, преходящее) и названо Павловым у л ь т р а п а р а д о к с а л ь н о й ф а з о й.

У нашей больной и развился бред на почве наличия ультрапарадоксальной фазы в динамике корковых клеток.

Создание теории возникновения бреда у психически больных на почве ультрапарадоксальной фазы принадлежит также И. П. Павлову.

В нашем сознании отдельные представления держатся короткое время и сменяются другими. Но если эти представления были связаны с каким-либо достаточно интенсивно выраженным настроением или даже с эмоциональным напряжением, то в таких случаях представления, задерживаясь в нашем сознании, начинают доминировать, преобладать над другим содержанием нашей психической жизни. Простой пример: весь вечер вы долго и напряженно готовитесь к ответственной лекции или докладу, которые вас несколько волнуют. Ночью вы не можете заснуть, непроизвольно и навязчиво в вашем сознании всплывают разные мысли, так или иначе связанные с проделанной вами подготовительной работой.

В патологических же случаях происходит непроизвольное вторжение в сознание незначительных по своему содержанию мыслей, которые всецело овладевают больным, хотя он при ясном сознании бессмысленности и не-

нужности этих мыслей прилагает все усилия, чтобы избавиться от них, но сделать этого не может.

Такие мысли, идеи, представления, страхи и опасения называются навязчивыми. Коренным их отличием от бредовых идей является критическое отношение к ним со стороны самих больных. Образно можно сказать, что бредовый больной борется за утверждение своих бредовых идей, а больной навязчивостью борется против своей навязчивой мысли.

Известна навязчивость в форме так называемой агорафобии. Это навязчивый страх, который возникает у некоторых людей с неустойчивой нервной системой (психопатизированных личностей) при переходе через широкую улицу или площадь. Его возникновение связано с пребыванием на открытых местах. И это не просто страх, а мучительное состояние.

Человек доходит до середины улицы и дальше не может сделать ни шагу, он весь охвачен ужасом, беспомощно озирается по сторонам, еле удерживается от криков о помощи от неминуемо могущей произойти непоправимой беды. Это состояние сопровождается рядом вегетативных реакций — зрачки широкие, пульс учащен, лицо бледное, мимика ужаса. Все это происходит при полном и ясном сознании больным всей нелепости своего безотчетного страха. В результате он так и не может перейти площадь, улицу и возвращается обратно.

Иногда такому больному делается легче, если с ним рядом идет несколько человек, если много людей идет навстречу или даже ребенок возьмет его за руку.

Встречаются и другие виды навязчивости: аритмомания — навязчивое, непреодолимое стремление пересчитывать все предметы, которые попадаются на глаза при полном сознании абсолютной ненадобности этого; клаустрофобия — боязнь нахождения в переполненных закрытых помещениях; эритрофобия — боязнь покраснения в неподходящей обстановке; ономатомания — навязчивое стремление у больного припоминать имена всех лиц, когда-либо виденных. Иногда больные испытывают навязчивые воспоминания, они против своей воли вспоминают, например, о тяжелых событиях жизни во всех деталях. Распространенным видом навязчивых мыслей является так называемая болезнь сомнения, когда больной без конца думает и передумывает о правильности

или неправильности своих действий, поступков, намерений и т. п.

Что же лежит в основе навязчивых состояний, какая патология высшей нервной деятельности?

В ряде навязчивых явлений проявляется патологическая инертность раздражительного процесса. Эта патологическая инертность является относительно менее интенсивной и соответственно этому менее интенсивна и отрицательная индукция (т. е. торможение) на остальные отделы коры. Эта разница в силе патологической инертности лежит в основе клинического различия между навязчивыми мыслями и бредовыми идеями. В первом случае критика у больных сохраняется, а во втором ее нет, потому что остальные отделы коры больших полушарий заторможены отрицательной индукцией. Что же касается патофизиологического анализа специально фобий, то в основе их лежит патологическая лабильность процесса торможения.

Известно, что в лабораторных условиях проф. М. К. Петровой у собак была получена фобия глубины.

И. П. Павлов говорил: «Собака, которая раньше свободно без малейшей задержки брала еду, положенную у края лестничного пролета, теперь этого не может делать, стремительно сторонясь, удаляясь от края на значительное расстояние. Смысл дела ясный. Если нормальное животное, приблизившись к краю, не двигается, не идет дальше, значит, оно себя задерживает, но основательно, настолько, насколько нужно, чтобы не упасть. Теперь это задерживание утрировано, чрезмерно реагирует на глубину и держит собаку далеко от края сверх надобности и в ущерб ее интересам. Субъективно это — явно состояние боязни, страха. Перед нами фобия глубины. Эта фобия могла быть вызвана и могла быть устранена, т. е. была во власти экспериментатора. Условие ее появления есть то, что можно назвать истязанием тормозного процесса».

И далее И. П. Павлов добавляет: «Я думаю, что и бред преследования во многих случаях имеет своим основанием патологическую лабильность торможения» [1].

---

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 348, 349.

ВИДЫ МЫШЛЕНИЯ. МАНИАКАЛЬНЫЙ И ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМЫ. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Нами было отмечено, что у психически больных болезненно искажается мышление и возникают бредовые идеи. Теперь мы остановимся на другой категории больных, обратив внимание на их своеобразные высказывания.

Больной Ш., 27 лет, окончил 7 классов, служил в армии, демобилизован в связи с окончанием срока службы. В детстве был укушен бешеной собакой, проделал полный курс антирабических прививок. В 1941 г. перенес психическое заболевание, 7 месяцев находился в психиатрической больнице в г. Куйбышеве. Повторно заболел и поступил в психиатрическую клинику. Последнее время работал в кондитерской артели, женат, имеет одного ребенка. Был хорошим семьянином. В коллективе, как отмечают товарищи по работе, был всегда незаметным, уступчивым, «пассивным», но трудолюбивым.

Дней за десять до заболевания больной жаловался на сильные головные боли. Обычно спокойный, стал раздражительным. Удивил всех на собрании внезапно произнесенной фразой, не имевшей никакого отношения к теме его выступления: «А в каких частях вы служили?» Фраза эта не имела никакой внутренней связи ни со сказанным до нее, ни после нее. В беседе с товарищами стал вставлять какие-то бессвязные слова, вследствие чего его речь становилась непонятной. В связи с начавшимся двигательным возбуждением был госпитализирован. При поступлении больной заявил: «Я — человек-загадка, узнайте сами, не скажу».

В отделении больной говорит без умолку, но речь его непонятна. Начинает говорить об одном, потом без всякой внутренней логической связи переходит к другому. Нормальное, последовательное течение ассоциативного процесса все время разрывается, незаконченная мысль обрывается, начинается новая мысль, которая также обрывается незаконченной, и т. д. «Я хочу завтра поехать в столе на книжной полке, вкусный кофе с молоком на зеле-

ной шляпе моего дяди, это красиво, красные перья петуха, вчера в театре не было места в трамвае, очень смешно, на базаре продают продукты, можно билет купить на поезд».

Такой характер ассоциативного процесса, такой ход мысли называется разорванным мышлением.

Второй образец разорванного хода мыслительного процесса следующий.

Больная Ю., 37 лет, поступила в психиатрическую клинику 16 сентября 1961 г., заболела повторно. Часто гримасничает, на вопросы отвечает с дурашливой веселостью. Таращит глаза, на лице манерная улыбка, иногда принимает вычурные позы. Речь, мышление больной совершенно разорванные, общего смысла уловить не удается. «Я люблю снег, зимой мороз, на белом небе черные крыши, интересно сирень цветет, к обеду жареные котлеты в светло-коричневом платье, так не надо горевать, на океанском пароходе много больших картин, интересно в Крыму и на Кавказе, лучше на севере жить».

Необходимо обратить внимание на то, что в приведенных примерах речь больных сохраняет свою грамматическую стройность, но из-за отсутствия внутренней связи, из-за постоянных разрывов между элементами отдельных мыслей эта речь непонятна. Мы не можем вникнуть в ход мыслительного процесса у этих больных.

В еще более тяжелых случаях речь больных представляет собой просто набор отдельных, между собой не связанных слов. Это так называемый «словесный салат».

Приведу вам еще отрывок рассказа больного:

«18 августа 1952 г. и по своеособенному межсамодеятельному в знак вечерней Москвы, ее межсамодеятельности до своих часов и возможно за другой случай вариантно предоставленно, текуще вокруг и в знак межкино-роле-аптеко, как группово и под Сталинградом, может, должен быть особый, продолжительный межсамодеятельный и тем самым обстоятельно экзаменовый, испытовый или испытательный полет».

Таким образом, кроме бреда, мы отмечаем еще одно качественное расстройство мыслительного процесса — *разорванное мышление*, наблюдаемое у некоторых психически больных.

В процессе мышления у ряда больных (эпилептиков, больных с явлениями органического поражения центральной нервной системы) отмечается склонность к чрезвычайной детализации, обстоятельности. Рассказывая, они застревают на подробностях, хотя рассказ последователь-

но ведет к конечной цели. Так как эти больные плохо отличают главное от второстепенного и все им кажется одинаково существенным, важным, они все время вставляют множество ненужных, загромождающих основную мысль, деталей. Приведу соответствующий литературный пример, заимствованный из судебной психиатрии (рассказ эпилептика о том, как он застал жену в объятиях своего знакомого):

«Подхожу к дому, вытираю ноги, все честь честью. Думаю — выпью чайку, согреюсь. Ищу я ключ, сунул руку в один карман — нет, сунул в другой — где же это он запропастился? Достаю я ключ. Думаю — дома никого нет. Жена утром пошла на рынок, там делов на целый день. («Вы покороче»,— просит больного врач). Сейчас доскажу. Я вставил ключ, никак не повернешь. Тьфу ты, черт, может, не тот ключ? Вытащил я его, смотрю — тот самый. («Рассказывайте короче»,— просит врач). Тут я толкнул дверь, а она вовсе открыта. Может, вор забрался?»

Такое обстоятельное, детализированное мышление называется вязким мышлением.

Общаясь с психически больными, мы отмечаем, что одни из них бывают в тягостном настроении, они печальны, тоскливы, другие же, наоборот, часто смеются, у них настроение приподнятое.

Но что же такое настроение, чувство вообще? Говоря почти словами самого И. П. Павлова, это можно объяснить следующим образом.

На большие полушария как из внешнего мира, так и из внутренней среды самого организма беспрерывно падают бесчисленные раздражения различного качества и интенсивности. Одни из них только исследуются (ориентировочный рефлекс), другие же имеют разнообразнейшие безусловные и условные действия. Все это встречается, сталкивается, взаимодействует и должно в конце концов систематизироваться, уравновеситься, закончиться динамическим стереотипом.

Физиологические процессы больших полушарий при установлении и поддержании такого стереотипа отвечают тому, что мы субъективно в себе называем чувствами в общей форме положительных и отрицательных эмоций и в огромном ряде оттенков и вариаций, благодаря или комбинированию их, или различной напряженности. Здесь — чувство трудности и легкости, бодрости и усталости, удовлетворенности и огорчения, радости, торжества и отчаяния и т. п.

Колебания в динамическом стереотипе, являющиеся содержанием нашей повседневной жизни и деятельности, создают изменяемость наших чувств, наших внутренних переживаний, лежат в основе наших настроений.

И. П. Павлов рассматривает наш субъективный мир, как первую реальность, с которой мы встречаемся и которая определяется отражением внешнего мира.

Приводим следующие примеры патологического настроения типа меланхолии или депрессии.

Больная О., 48 лет, вдова, имеет двоих детей. Будучи взрослой, ничем не болела. Больная тяжело переживала смерть мужа. Через несколько месяцев после этого у нее развились стойкие явления тоски, она стала безразлична ко всему окружающему, часто плакала, перестала справляться с привычной домашней работой и в таком состоянии поступила в клинику.

Больная мало доступна контакту, на вопросы отвечает медленно, односложно, тихим голосом. При беседе у нее часто появляются на глазах слезы, она тяжело вздыхает. Больная безразлична к тому, что делается у нее дома. Когда ее навещают родные, то она мучительно переживает свое теперешнее полное к ним безразличие.

Этот симптом называется скорбным бесчувствием (anaesthesia psychica dolorosa). Больная жалуется на неприятные, тягостные ощущения в области сердца, это симптом предсердечной тоски (anxietas praecordialis).

В отделении больная обычно безучастно лежит в постели, плохо ест, считает себя погибшим человеком, но на вопросы врача, хотя и с промедлением, дает правильные ответы, по существу заданного вопроса.

Необходимо отметить, что депрессия (меланхолия) у данной больной сопровождается замедленным, заторможенным течением мыслительного процесса. Кроме того, больная как бы скована в своих движениях, они ограничены, бедны.

Для полноты картины меланхолии (депрессии) познакомимся с двумя краткими, но очень содержательными описаниями этого состояния, заимствованными из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

Депрессивная больная пишет:

«Гнетущая тоска камнем навалилась на меня. Тоску, как живую, ощущаю во всем своем теле. Теперь я ни к чему не способна, всем в тягость. Я всем доставляю только одни страдания, погубила жизнь не только свою, но и мужу, и детям. Вся моя

жизнь — это длинная цепь ужасных поступков, внутренних преступлений, сделок с совестью. Впереди тоже все ужасно и безнадежно. Весь мир отодвинулся, все потускнело, нет радости, нет жизни». Больная постоянно почти неподвижно сидит в одной позе, на лице тоскливое выражение, руки сжаты как будто от боли».

Второе описание, где в состоянии депрессивной больной имеются некоторые дополнительные особенности:

«Больная суетлива. Постоянно рвется в двери палаты с однообразным криком: «Пустите меня, пустите». Она погибла, пропала, скоро умрет. Она слышит, как на улице уже сколачивают для нее гроб. Ее дочь сегодня ночью зарезали. Все ее остальные дети уже погибли, сгорели заживо вместе со всем домом. Все ее имущество, все родные, все погибло. Она тоже умрет, ее унесут в мертвецкую. Ей нужно скорее сделать укол, чтобы все немедленно кончилось. Так постоянно, без слез, «причитая», больная судорожно хватает проходящий персонал и подолгу не отпускает от себя, прося помощи».

Про последнюю больную можно сказать, что депрессия у нее сопровождается тревогой и некоторой суетливостью. Это так называемая ажитированная депрессия. Для такого состояния характерно тяжелое меланхолическое настроение, сопровождающееся заторможенным мышлением, но в то же время нет третьего члена триады симптомов, нет скованности в движениях, а вместо нее отмечаются, наоборот, двигательное возбуждение, ажитация. Итак, депрессивное состояние, как правило, сопровождается заторможенным, замедленным мышлением и обычно скованностью в движениях. Группа симптомов, наиболее часто наблюдаемых у больного одновременно и связанных между собой, называется синдромом. Таким образом перед нами был меланхолический, или депрессивный, синдром.

У психически больных наблюдается и прямо противоположный синдром — маниакальный, при котором настроение больных повышенное, радужное, они веселы, жизнь ими ощущается легкой и удачной, мысли текут быстро, не вызывая затруднений, движения оживлены, больные непоседливы, все время в движении, танцуют, бегают по палатам, испытывают жажду деятельности. Иллюстрацией маниакального синдрома служат следующие примеры.

Больная А., 57 лет. За несколько дней до поступления у больной появилась бессонница, она говорила целыми днями, много пела и танцевала, в связи с этим и была доставлена к нам.

Входя в аудиторию, больная быстро поднимается на кафедру, отказывается сесть на стул. Не ожидая вопросов, сама обращается к аудитории и громко говорит: «Я богачка, могу управлять даже государством, мне так легко думается, как никогда раньше, жизнь мне дается легко». Затем она начинает петь и танцевать на кафедре, а потом внезапно быстро начинает раздеваться и бросает снятые вещи в аудиторию на студентов. С трудом удержана от дальнейшего раздевания. Больная стала выкрикивать циничную брань, и ее уводят из аудитории.

Больная Е., 22 лет. Студентка педагогического училища. По характеру всегда отличалась «нервностью», часто бывала раздражительной, в то же время очень общительна, трудолюбива.

Больная быстрой, легкой походкой входит в аудиторию, поднимается на кафедру, весело и приветливо здоровается со всеми. На вопрос о том, как она себя чувствует, отвечает, что прекрасно, что настроение у нее чудное, ей всегда весело и жизнь дается легко. Уверена, что ее скоро отпустят, что у нее здесь с собой белое платье, белые чулки (зимой), что она должна ехать выступать в московском театре и т. д.

На лице у больной улыбка, мимика радости, просит разрешения спеть любимую песенку, после чего, слегка пританцовывая, кланяясь направо и налево, уходит из аудитории.

В обоих случаях маниакального синдрома обращают на себя внимание повышенное настроение больных. Это радужное настроение ничем, никакими внешними событиями не оправдано, оно является следствием болезненного состояния. Мысли у этих больных текут легко и быстро, но мышление носит поверхностный характер, оно неглубокое, нет должной критики к окружающему, нет самокритики к своему поведению. Обе больные очень подвижны, бегают, танцуют, вторая больная проявляет жажду деятельности, а у первой наблюдается еще и сексуальное возбуждение, она цинична, стремится обнажаться в обществе.

Уход и надзор за больными с депрессивным и маниакальным синдромами тяжелы. В отношении депрессивных больных необходимо помнить, что у них часто наблюдается стремление покончить жизнь самоубийством. Иногда депрессивный больной, целыми днями неподвижно лежащий в постели, вдруг вскакивает совершенно неожиданно, начинает метаться по палате, пытается выброситься в окно, проявляет агрессивность — это так называемый в з р ы в о т ч а я н и я (raptus melancholicus). Возможность такого взрыва отчаяния никогда не может быть исключена у тяжелого депрессивного больного, и это налагает требования

особой бдительности со стороны обслуживающего персонала.

Следует остановиться на некоторых терминах, с которыми придется часто встречаться в курсе психиатрии.

Эйфория — болезненно повышенное, беспечно-благодушное настроение в относительно умеренной степени.

Слабодушие — легкая болезненная расстраиваемость или, наоборот, умиляемость, лабильность настроения.

Дисфория — болезненное ворчливо-недовольное настроение, бывает у эпилептиков.

У некоторых наших больных наблюдается оригинальное нарушение чувственных переживаний, они радуются при получении печального известия и, наоборот, горюют при радостных событиях. Это своего рода ультрапарадоксальная фаза в мире чувственных переживаний.

Чрезвычайно сильное чувственное переживание мы называем аффектом. Имеется и специальный термин — патологический аффект. Это такой аффект, который быстро и с большой силой развивается без достаточного повода. Во время такого патологического аффекта наблюдаются автоматические действия при измененном, неясном сознании и с последующей амнезией (забвением) того, что случилось, что было содеяно субъектом в этом состоянии.

Дополним тему о патологии чувственных переживаний небольшим литературным примером, заимствованным из учебника для юридических школ.

«Больная говорит: «Довольно издеваться, почему вы собрались здесь? Вон санитарка смеется, у нее дома семья, а ей здесь голову провалят. Про Валю нечего мне говорить, пусть придет только. Доктор, я сочиняю стихи, мне некого любить. Полюбите меня, я красивая. Прежде устраивали конкурсы красоты. В окнах манекены — только уродство одно. Я шью сама, мне ателье не нужны. Дома лежит отрез бостона. Люди веселятся, во всех кино танцуют бостоны. Когда рвется фильм, можно поцеловать соседа».

Не представляет труда правильно поставить диагноз синдрома в данном случае. Однако необходимо дополнительно обратить внимание на то, что в этом примере легко улавливаются упущенные звенья речи больной, которые выпали благодаря ускоренному, поверхностному, бегущему мышлению. Это совсем не то,

что при разорванном мышлении. Если в какой-то мере речь больного с бегущим мышлением все же понятна, то речь при разорванном мышлении понять невозможно.

Интересно, как вследствие внешнего созвучия слов легко бегущая мысль больной соскальзывает от названия материи к танцу (бостон). То же самое можно сказать и про сочетания слов «провалят», «про Валю».

Последней темой данной лекции является расстройство памяти.

Памятью мы называем отражение нашего прошлого жизненного опыта.

Способность сохранения следов раздражения есть свойство всей коры головного мозга, а не только отдельных ее участков. При повреждении мозга в первую очередь страдают недавно приобретенные, молодые условные связи (ассоциации), затрудняется образование новых временных связей, т. е. ослабевает память на текущие события.

Приведу пример резкого расстройства памяти с иллюстрацией больного.

Больной Ш., 59 лет, родился в семье служащего, рос и развивался здоровым ребенком, учился хорошо. В прошлом ничем не болел, в частности психически был здоров. Работал учителем около 35 лет, последнее время был директором школы, с работой справлялся хорошо. Болен два месяца. Во время заседания педагогического совета внезапно потерял сознание, придя в себя, стал ошибаться в именах и фамилиях своих сослуживцев. В последующие дни появилась быстрая утомляемость и слабость, обнаружились резкие расстройства памяти на текущие события. Был помещен в терапевтическое отделение, где лежал с диагнозом гипертония I—II стадии, кардиосклероз. Отмечалось, что больной иногда «заговаривается». Спустя некоторое время кровяное давление снизилось (до того было повышенным), самочувствие улучшилось и больной был выписан из больницы.

В домашних условиях вскоре больной стал испытывать галлюцинации. Он «видел» как кто-то сидит на окне, «чувствовал» как кто-то залез к нему под одеяло. Временами вскакивал с постели. Стал без цели уходить из дому.

В связи с этим он был помещен в психиатрическую клинику. Больной обнаруживает дезориентированность в месте и во времени, не знает, где находится. Если ему скажут, то он не запоминает и потом спрашивает вновь. Не знает времени года, месяца, не знает, какой теперь год. В палате больной забывает, где его койка, встав с кровати, не может ее найти вновь. Не помнит, что сегодня уже беседовал с врачом, снова с ним здоровается и задает те же вопросы, что и час тому назад. Временами больной конфабулирует и рассказывает о том, чего в последнее время не могло быть и не было.

Так, например, больной говорит, что вчера он проводил заседание педагогического совета у себя в школе, сегодня он был, по его словам, дома и только что вернулся и т. п.

(Больного вводят в аудиторию.)

— Вы со мной знакомы, мы с вами беседовали?

— Я вас не знаю, никогда не видел.

— Ну как же нет, вспоминайте, мы с вами очень долго разговаривали.

— Не помню, не помню, не знаю.

— Скажите, пожалуйста, какой сейчас год.

— Не могу хорошо вспомнить, не знаю.

— А где вы находитесь?

— С вами разговариваю, где нахожусь не помню названия.

— Вы сегодня завтракали?

— Кажется, уже давали кушать.

— Что вам сегодня давали кушать?

— Не знаю, не помню.

— Что вы сегодня делали?

— Был в школе, было заседание педагогического совета.

В старости также всегда ослабевает память на современные, недавние события. Интересно отметить, что память прежнего, воспоминание давно прошедших событий сохраняется у стариков в большей степени.

Текущие события плохо запоминаются старыми людьми, вероятно, в связи с тем, что при физиологической старости становится низкой возбудимость мозга вообще. Ведь на нормальный мозг наравне с главенствующим раздражением до известной степени действуют и другие сосуществующие раздражения, которые вызывают соответственные рефлексы, особенно старые, зафиксированные, так называемые автоматизированные. Обыкновенно в нашем поведении мы реагируем не одиночно, а комплексно, соответственно сложному составу окружающей нас обстановки. В старости же дело обстоит несколько иначе. При сосредоточении на одном раздражении отрицательной индукцией исключается действие других, побочных, но одновременных раздражений. Поэтому старик зачастую не дает общей реакции на всю обстановку, поступает не сообразно с данными условиями. Это происходит благодаря наступающей в старости низкой возбудимости коры головного мозга, не могущей не влиять на пониженную запоминаемость текущего.

Из расстройств памяти следует отметить случаи обострения памяти — гипермнезии.

Гипермнезии наблюдаются иногда при лихорадочных состояниях в связи с инфекцией и интоксикацией, при легком маниакальном (т. е. гипоманиакальном) состоянии и т. д.

Я лично помню наблюдение над самим собой, когда в студенческие годы болел тяжелой формой брюшного тифа. В первые 4—5 дней заболевания, в период постепенного нарастания температуры, память моя была чрезвычайно обострена. Я все время вспоминал себя и свою жизнь с самого раннего детства, причем совершенно ясно и отчетливо до мельчайших деталей, обычно казавшихся забытыми.

Приведу литературный пример из книги проф. В. П. Осипова.

«Мне пришлось близко наблюдать девочку в возрасте двух с половиной лет, заболевшую стрептококковой ангиной; болезнь сопровождалась значительным повышением температуры; в лихорадочном периоде ребенок произносил наизусть прочитанную ему до заболевания несколько раз сказку в стихах, размером в двенадцать страниц большого формата; далеко не все слова этой сказки были ей понятны, но произносились совершенно правильно; кроме того, ребенок требовал, чтобы ему читались вслух рассказы из знакомого ему сборника, написанного в прозе; когда ухаживавшие за больной не могли найти в книге интересовавшие девочку места, она брала книгу и, перелистывая страницу за страницей, по рисунку напечатанного текста (красные строки) узнавала, что ей было нужно; указанные ею места текста как раз были теми, прочитывания которых требовала больная. Вместе с выздоровлением девочки описанное обострение памяти выравнялось, и девочка, вообще обладавшая хорошей памятью, уже не была в состоянии проявлять ее в таких размерах, как это было во время болезни».

Известны случаи гипомнезии (ослабления памяти) и амнезии (полное забвение, провалы памяти). Амнезии могут быть ретроградными и антероградными. Ретроградной амнезией называется утрата памяти предшествующего началу болезни, а антероградной амнезией мы считаем утерю памяти последующего после начала заболевания. Бывают и случаи смешанного характера: ретроантероградная амнезия.

Амнезии часто наблюдаются при сотрясениях мозга и в некоторых других случаях.

Приведу литературный пример, заимствованный из книги проф. В. П. Осипова.

«Вечером, в день окончания государственных экзаменов в университете, только что сдавший эти экзамены молодой человек X. справлял с товарищами вечеринку. Порядочно выпив спиртных напитков, компания ночью вздумала прокатиться на автомобиле; при поездке X. сидел впереди, рядом с шофером. Произошло несчастье: автомобиль налетел на тумбу, толчком X. был выкинут на тротуар и ударился головой о фонарный столб. X. был доставлен в бессознательном состоянии в губернскую земскую больницу. Никаких существенных повреждений в связи с полученной травмой у него обнаружено не было, исключая умеренный кровоподтек в теменной области. В течение дня больной пришел в себя; у него была рвота, жаловался на головную боль; в течение двух-трех дней самочувствие больного настолько улучшилось, что с ним можно было беседовать; он жаловался на головокружение, головную боль, сердцебиение, шум в ушах, общую слабость; отмечалось учащение сердечного ритма, дрожание, дермографизм. Выяснилось, что из памяти X. выпал ряд событий, предшествовавших травме: он не помнил, как он сдал государственные экзамены, лишь помнил, что начал их сдавать; не помнил, что он окончил курс, ничего не помнил о вечеринке с товарищами и о поездке на автомобиле; он долго не мог понять, как и почему он очутился в больнице. В его сознании не воспроизводились и текущие события; он не помнил окружающих лиц, сиделок, врачей, каждый раз встречал их, как незнакомых; не помнил, кто его исследовал; не помнил, сколько времени он находился в больнице. Время он определял с запозданием на несколько недель (от начала экзаменов). Лишь постепенно здоровье X. восстановилось, память его окрепла недели через три, а еще через некоторое время он припомнил события, предшествовавшие заболеванию, вплоть до поездки на автомобиле».

Это пример ретроантероградной амнезии.

Существуют еще ложные воспоминания (псевдореминисценции), на почве которых могут наблюдаться случаи патологической лживости. Эти изменения памяти часто бывают связанными с аффективными расстройствами. В некоторых случаях ложные воспоминания сопровождаются расстройствами восприятия времени, тогда легко могут развиться конфабуляции, т. е. заполнение пробелов памяти событиями, не имевшими места в то время, к которому больной их относит.

СИНДРОМЫ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ. ДИСКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ)

У психически больных, ошибочно воспринимающих и истолковывающих окружающую ситуацию, сознание всегда в большей или меньшей степени изменено. В повседневной психиатрической практике, когда больной ориентируется в месте, во времени, по существу отвечает на задаваемые вопросы, мы часто говорим, что сознание у него непосредственно не затемнено, оттеняя тем самым случаи с тяжелыми нарушениями сознания. Но прежде всего, что такое сознание? В. И. Ленин пишет: «Ощущение, мысль, сознание есть высший продукт особым образом организованной материи». И дальше: «Психическое, сознание и т. д. есть высший продукт материи (т. е. физического), есть функция того особенно сложного куска материи, который называется мозгом человека» [1].

Философия диалектического материализма и современное естествознание считают психическое, сознание функцией мозга, высшей, качественно особой формой деятельности центральной нервной системы, которая объединяет организм в одно функциональное целое и регулирует его взаимодействие с окружающим миром.

Эту функцию человеческого организма следует рассматривать не только с биологических позиций, но прежде всего как социально детерминированную, с характерными особенностями ее в виде речи и тесно связанного с послед-

[1] В. И. Ленин, Соч., т. XIV, стр. 43, 215.

ней организованного труда, который осуществляется с помощью орудий и средств производства.

Материя первична, а сознание вторично. История происхождения жизни показывает, что объект существовал раньше субъекта. Противопоставление субъекта объекту возникает в процессе развития человеческой трудовой деятельности. Таким образом, сознание «я» рождается из практики.

В развитии индивидуального сознания «я» можно отметить, что оно начинает отдаляться от «не я» со второго года жизни. В последующем «я» все глубже и тоньше дифференцируется от «не я».

Наряду с этим эволюционирует и предметное сознание, т. е. сознание окружающего мира, предметов, с последующим включением понятий времени и пространства.

В патологии прежде всего страдает предметное сознание, как позднее развившееся; сознание «я» сохраняется дольше. У некоторых больных, наоборот, мы в начале болезни встречаемся с изменениями в сознании своего собственного «я».

И. П. Павлов пишет: «При этом случае позвольте мне в коротких словах передать вам, как представляется мне физиологически то, что мы обозначаем словом «сознание» и «сознательное». Конечно, я совершенно не коснусь философской точки зрения, т. е. я не буду решать вопроса: каким образом материя мозга производит субъективное явление и т. д.? Я постараюсь только предположительно ответить на вопрос: какие физиологические явления, какие нервные процессы происходят в больших полушариях тогда, когда мы говорим, что мы себя сознаем, когда совершается наша сознательная деятельность?

С этой точки зрения сознание представляется мне нервной деятельностью определенного участка больших полушарий, в данный момент, при данных условиях, обладающего известной оптимальной (вероятно, это будет средняя) возбудимостью. В этот же момент вся остальная часть больших полушарий находится в состоянии более или менее пониженной возбудимости. В участке больших полушарий с оптимальной возбудимостью легко образуются новые условные рефлексы и успешно вырабатываются дифференцировки. Это есть, таким образом, в данный момент, так сказать, творческий отдел больших полушарий. Другие же отделы их, с пониженной возбудимостью,

на это не способны, и их функцию при этом — самое большее — составляют ранее выработанные рефлексы, стереотипно возникающие при наличности соответствующих раздражителей. Деятельность этих отделов есть то, что мы субъективно называем бессознательной, автоматической деятельностью. Участок с оптимальной деятельностью не есть, конечно, закрепленный участок; наоборот, он постоянно перемещается по всему пространству больших полушарий в зависимости от связей, существующих между центрами, и под влиянием внешних раздражений. Соответственно, конечно, изменяется и территория с пониженной возбудимостью.

Если бы можно было видеть сквозь черепную крышку и если бы место больших полушарий с оптимальной возбудимостью светилось, то мы увидали бы на думающем сознательном человеке, как по его большим полушариям передвигается постоянно изменяющееся в форме и величине причудливо неправильных очертаний светлое пятно, окруженное на всем остальном пространстве полушарий более или менее значительной тенью»[1].

К расстройствам сознания, с которыми имеет дело по преимуществу психиатр, относится прежде всего делириозное расстройство сознания, или делириозный синдром. Делириозный синдром характеризуется наплывом бредовых и галлюцинаторных явлений, которые часто сопровождаются двигательным беспокойством больного. Больной аффективно неустойчив и обычно неправильно ориентируется во времени, месте и общей ситуации, испытывает страх, стремится куда-то бежать и т. п.

В качестве примера рассмотрим данные о больном с делириозным синдромом.

Больной Г., 38 лет. Работает на спиртовом заводе, женат, детей не имеет. Алкоголь употребляет в больших количествах. По характеру ласковый, спокойный, но когда пьян, то скандалит и устраивает дебоши. Последнее время пил особенно много, после чего началась бессонница, а затем внезапно возникли острые галлюцинаторные явления (по преимуществу зрительные галлюцинации). В таком состоянии он и был доставлен в клинику.

При опросе больного о том, где он находится, какой сейчас месяц и число, он с испугом озирается по сторонам и обнару-

---

[1] И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности. 7-е изд. Медгиз, 1951, стр. 157.

живает полную дезориентировку: не знает, где он, что за люди (в белых халатах) его окружают, не знает, какое сейчас время года. Больной дрожит, на лице мимика ужаса, внезапно вскакивает и стремится куда-то бежать. Будучи удержан, кричит: «Спасите, спасите, меня хотят загрызть». Он говорит, что около него какие-то страшные звери, пытается их отогнать. Когда больной немного успокаивается и его спрашивают, почему он сегодня отказался от завтрака, он заявляет, что у него на тарелке среди картофеля бегала «черная кошка», и потому он не мог есть. Внезапно больной начинает кому-то грозить и на кого-то кричать. Потом принимает оборонительную позу, с криком ужаса вскакивает и снова пытается куда-то бежать.

Это случай делириозного синдрома с устрашающими зрительными галлюцинациями, аффектом страха, дезориентированностью и т. д.

Следующее расстройство сознания — *состояние оглушения*. В этом состоянии больные как бы погружены в полудремоту, их восприятия окружающего неясны, больные апатичны, способность запоминания у них понижена, мышление затруднено, привлечь их внимание нелегко и т. п.

Приведем литературный пример из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«Больной не знает, где он находится: «Да вот сюда привезли». С большим трудом, медленно выполняет простейшие указания. Ответ от него можно получить только после неоднократного повторения каждого вопроса. Не может назвать ни года, ни месяца, ни числа. Не знает, кто его окружает. Себя считает больным, но что у него болит, не знает. Свое имя, фамилию и возраст сообщает правильно. Имя жены и сына называет не сразу, после долгого раздумья и повторных вопросов. О себе почти ничего не мог рассказать. Счет удается с трудом, в пределах первого десятка. Никак не мог, несмотря на проявление усилий, определить время по часам. Предоставленный самому себе некоторое время беспомощно озирается, а затем становится безразличным».

При делириозном синдроме и при состояниях оглушения мы встречаемся с нарушениями в работе обеих сигнальных систем.

В следующих двух синдромах расстройств сознания можно усмотреть нарушение нормального взаимодействия двух сигнальных систем преимущественно за счет функционального ослабления 2-й сигнальной системы.

Аментивный синдром — синдром, сопровождающийся резкой дезориентировкой больного во времени, месте, окружающих обстоятельствах. Мышление у боль-

ных становится бессвязным, отмечаются аффективные колебания, часто наблюдаются обманы чувств с двигательным возбуждением.

Особенно бросается в глаза резкая затрудненность процесса синтеза у больных. Им трудно охватить внешнюю ситуацию полностью, постоянно они чего-то недоосмысливают, отсюда неадекватность их поведения.

Проф. П. А. Останков описывает у больных с аментивным синдромом своеобразную застывшую мимику на лице с приподнятыми бровями и продолговатыми складками на лбу.

Привожу литературный пример больной с аментивным синдромом, заимствованный из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«У больной двигательное возбуждение в пределах постели. Хлопает в ладоши, растерянно озирается по сторонам. На вопросы не отвечает. Просьбу поднять руку, открыть рот, закрыть глаза не выполняет; не отзывается на обращенную к ней речь. Постоянно выкрикивает отдельные слова: «Поедем домой», «Нет, не домовой», «Пустите меня в кусты», «Так не надо», «Дьявол, уйди от меня». На мгновение во что-то всматривается, внезапно смеется. Озирается по сторонам, в страхе кричит: «Аничка в больнице, надо к ней идти». Временами гримасничает, что-то шепчет про себя. Изредка скрежещет зубами. Иногда производит движения руками, как бы «обирает» себя. Ест с посторонней помощью с ложки. Неопрятна».

Синдром сумеречного состояния сознания или просто сумеречное состояние сопровождается у больных неясной ориентировкой в окружающем. Отдельные элементы из окружающего мира воспринимаются ими односторонне, наблюдается изменение настроения, движения и деятельность больного становятся автоматическими. В последующем больной ничего не помнит о том, что с ним было и что он сам делал во время сумеречного состояния сознания.

Привожу соответствующий пример:

Больной Т., 26 лет. Колхозник, привезен прямо из деревни. Заболел внезапно, стал испытывать какой-то непонятный сильный страх.

По словам сопровождавших, больной всю дорогу кричал, пытался вырваться и куда-то бежать. В отделении ночью не спал, громко и часто кричал «огонь». При попытках вступить с больным в беседу отвечает отрывисто, односложно, дезориентирован в месте и во времени. Не знает, в каком городе находится; не помнит, как его везли сюда и кто его сопровождал. Не знает, какой сегодня

день недели, не помнит месяца и числа, не знает, какое теперь время года. На вопрос, что с ним случилось, отвечает, что он «ошалел» после того, как люди «диву дались, что он верит в бога». Больной растерян, вопросы осмысливает с трудом, связно о себе рассказать не может. Указывает на крестик, который висит у него на шее, и говорит, что он должен оградить его от «всякого зла». Ночью, по его словам, приносили ведро и говорили об огне, это тоже имеет какое-то отношение к богу. Тревожен, внутренне напряжен, временами вскакивает, стремится куда-то бежать, с трудом удерживается персоналом.

Негенерализированные (в отличие от сумеречных состояний) расстройства сознания с изменениями восприятий и мышления, но без последующей амнезии называются особыми расстройствами сознания.

Онейроидное состояние сознания характеризуется резким преобладанием деятельности 1-й сигнальной системы, 2-я сигнальная система с ее общими понятиями времени, пространства временно бездействует, заторможена, как в начале засыпания. Онейроидное расстройство сознания называется иначе сновидным расстройством сознания. Для него характерны комплексные галлюцинаторные и фантастические переживания.

Привожу литературный пример, заимствованный из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«Больному представлялось, что он вместе с клиникой и всеми, кто с ним тогда находился, носится в мировом пространстве. Ему казалось, что он пролетает мимо многочисленных миров, является зрителем грандиозных космических процессов. На его глазах развертываются процессы рождения и распада миров. Когда он пролетал мимо таких мест и совершался процесс рождения нового мира, кругом была атмосфера одурманивающего аромата. Когда же он проносился мимо места распада мира, он задыхался от отвратительного зловония. Окружающие же больные казались ему то ангелами, то дьяволами, в зависимости от того, казалась ли ему окружающая обстановка дружественной или враждебной. Развертывающиеся картины менялись: одна заступала место другой, как в кино».

Вернемся к картине состояния и поведения больных при маниакальном и депрессивном синдромах. Моторика больных при этих двух противоположных состояниях различна. Депрессивные больные медлительны, скованы в своих движениях, маниакальные — чрезвычайно подвижны, двигательно возбуждены.

Есть картины психотических состояний, при которых на первый план выступают расстройства моторики больных.

При депрессивном синдроме, в его тяжело выраженных случаях, больные становятся совершенно неподвижными, лежат целыми днями в постели, внешне оставаясь совершенно безучастными к окружающему. Если приподнять руку у такого больного и не поддерживать ее, то она упадет, словно мертвая. Очень часто в таком состоянии больные не отвечают на вопросы и сами ничего не говорят, этот симптом называется **м у т и з м о м**. Синдром, при котором наблюдается полная неподвижность депрессивного больного, сопровождаемая мутизмом, называется меланхолическим ступором.

Теперь обратимся к данным о больном с явлениями так называемого кататонического ступора.

Больной Г., 26 лет. В детстве рос и развивался нормально, окончил 6 классов, учился удовлетворительно. Работал на строительстве. Психически заболел два года тому назад. Стал заговариваться, убегал из дома, где-то отрубил себе два пальца на правой руке. В начале заболевания пролежал три месяца в больнице с диагнозом шизофрения. После выписки работал в колхозе. Спустя два года началось ухудшение, наступил второй приступ болезненного процесса. Больной перестал разговаривать, часто убегал из дома неизвестно куда. В связи с этим был стационирован. В отделении почти недоступен контакту, подолгу сидит в одной и той же позе или же целыми днями лежит безучастно в постели. Наблюдается мутизм, на вопросы больной не отвечает и сам ничего не говорит.

Будучи приведенным в аудиторию и предоставленным самому себе, больной сидит в одной и той же позе с безучастной мимикой на лице, на вопросы не отвечает. Больному приподнимают левую руку кверху и сгибают ее в локтевом суставе, а затем отпускают ее, но она остается в приданном ей положении, как застывшая. Затем поднимают правую руку и вытягивают ее прямо вверх — рука остается в приданном ей положении. Отмечено, что при поднимании руки больного и ее сгибании в локтевом суставе испытывалось очень легкое гибкое сопротивление, словно бы сгибалась восковая палочка. Поднимают левую ногу больного, наклоняют его голову направо, и он застывает неподвижно в приданном ему положении.

Можно было бы надолго оставить больного в этой причудливой позе, но конечности его вновь приводятся в наиболее удобное и естественное положение при полной пассивности при этом со стороны больного и совершенной безучастности его ко всему окружающему.

Этот симптом неподвижного застывания членов больного в пассивно приданном им положении называется симптомом восковидной гибкости (flexibilitas cerea). Другое название этого симптома — каталепсия.

В других случаях у подобных больных наблюдается вместо восковидной гибкости (каталепсии), наоборот, чрезвычайное мышечное напряжение. При таком резком мышечном напряжении невозможно, несмотря на все усилия, изменить положение конечностей больного. При поднятии руки больного чувствуется, что она словно деревянная, не уступает, не поддается попыткам, как бы интенсивны они ни были.

Ступор с восковидной гибкостью (каталепсией) или же ступор, сопровождаемый напряжением мускулатуры, называется кататоническим ступором.

В литературе имеются указания (Аронович), что во время сна у больных с явлениями восковидной гибкости последняя исчезает. В психиатрической клинике И. П. Павлова специально занимались этим вопросом и исследовали больных во время их ночного сна (Н. В. Виноградов, В. П. Головина, Ф. П. Майоров, И. О. Нарбутович). Всеми авторами при их ночных дежурствах в клинике наблюдалось исчезновение каталепсии у больных с кататоническим ступором во время сна. Каталепсия — есть проявление нарушения взаимодействия центров среднего мозга с верхнележащими частями.

Исчезновение каталепсии с углублением сна (когда явления восковидной гибкости сменяются мышечной вялостью) можно объяснить, как результат распространения сонного торможения сверху вниз, т. е. с коры на ближайшие подкорковые области и ниже, до центров среднего мозга включительно.

Аналогичным представляется и исчезновение общего мышечного напряжения во сне у больных с кататоническим ступором.

Когда мы начинали специальными приемами будить наших больных кататоников во время их ночного сна, то наблюдали переход мышечной вялости в каталепсию в процессе пробуждения. Это вполне понятно, так как нарочито производимое нами растормаживание сна сопровождается исчезновением сонного торможения из центров среднего мозга, но с сохранением его в вышележащих участ-

ках мозга, что соответствует «бодрому» состоянию кататоников. Точно так же восстанавливается при пробуждении и гипертония мышц (мышечное напряжение).

Таким образом, торможение, глубоко спустившееся вниз и захватившее центры среднего мозга, констатируется по наличию мышечного расслабления, когда приподнятая и неудерживаемая рука ступорозного больного падает, как плеть. Торможение одних лишь вышележащих участков мозга (больших полушарий) обнаруживается наличием восковидной гибкости. При полном выключении больших полушарий (опыты Шеррингтона с мышечной ригидностью на децеребрированных кошках) и, возможно, некотором распространении торможения вниз по центральной нервной системе наблюдается гипертония мышц, мышечное напряжение. В этом случае торможение, захватив некоторые участки подкорки, образовало как бы «границу» выше центров среднего мозга и обусловило положительную индукцию с заторможенных областей головного мозга на не захваченные торможением участки среднего мозга. В силу этого и наблюдается гипертония мышц (общее мышечное напряжение) как безудержное проявление тонического возбуждения указанных центров.

У кататоников наблюдаются еще некоторые явления. Например, вы просите больного сесть, а он упорно не садится. Вы просите его повернуться лицом, а он, наоборот, отворачивается в противоположную сторону. Такое стремление сделать все прямо противоположное тому, о чем просят, называется негативизмом. Больной, который ни за что не хотел сесть на стул и был все же усажен насильно, при просьбе встать продолжает упорно сидеть. Здесь мы имеем дело с ультрапарадоксальными отношениями в двигательном анализаторе у наших больных.

Те же больные кататоники, о которых идет речь, иногда среди полного молчания вдруг внезапно начинают повторять следом за вами каждое произносимое слово. Это явление называется симптомом эхолалии. Иногда же они повторяют и все ваши движения. Это так называемая эхопраксия. Бывают случаи и подражательной мимики — эхомимия.

В этих симптомах «эхо» можно усматривать на фоне общего торможения онтогенетического опыта расторма-

живание тенденций раннего детства, когда дети стремятся во многом подражать старшим.

В психиатрической практике часто приходится встречаться с термином интеллект, т. е. ум, рассудок, разум, мыслительные способности человека.

Что же такое интеллект?

Под интеллектом следует понимать совокупность всех возможностей личности в практике жизни, которые приобретены данной личностью в течение индивидуального существования путем мышления.

И. П. Павлов считал, что ум есть тончайшее соотношение организма (человека) с окружающим миром.

Отмечается три критерия высоты интеллекта: во-первых, правильное понимание всего происходящего вокруг, во-вторых, умение достичь желаемого без конфликтов, в-третьих, создание в течение индивидуальной жизни чего-то нового, оригинального.

Течение психических болезней бывает различным — острым, на протяжении года, полутора, двух лет и дольше — и заканчивается либо выздоровлением, либо значительным улучшением, которое позволяет выписать больного из больницы. Но есть целый ряд случаев, когда, несмотря на активные методы лечения, болезнь неудержимо прогрессирует, в результате чего у больного развиваются явления приобретенного слабоумия. *Приобретенным, исходным слабоумием* называется комплекс симптомов, указывающих на резкое снижение интеллекта.

Больные в таком состоянии приобретенного (исходного) слабоумия плохо соображают, у них отмечается слабость суждения, наблюдается резкое ослабление памяти, они забывают основные сведения, полученные еще в школьный период, им не удается должным образом сосредоточить внимание и т. д.

От таких состояний приобретенного (исходного) слабоумия надо отличать случаи слабоумия от самого рождения вследствие задержек в развитии мозга с ранних детских лет.

Для иллюстрации приобретенного (исходного) слабоумия рассмотрим данные из истории болезни и продемонстрируем больную.

Больная А., 26 лет. Росла и развивалась нормальным ребенком. Хорошо училась в школе, окончила семь классов. Работала на свиноферме в колхозе.

Впервые заболела три года тому назад. Появились головные боли, стала уединяться, часто плакала, в ее поведении наблюдались различные странности. Была помещена в психиатрическую больницу и после лечения выписалась в значительно лучшем состоянии. Спустя год — вновь обострение, больная стала убегать из дома, беспричинно набрасывалась и избивала свою младшую сестру.

Была повторно стационирована. Несколько поправилась, но через полтора года у больной наступило обострение. Снова помещена в клинику.

Во время третьего приступа болезненного процесса больная обнаруживает черты слабоумия, которое является исходным состоянием в результате перенесенного психоза.

(Больную вводят в аудиторию.)

— Скажите, пожалуйста, где вы находитесь?

— Здесь нахожусь, в комнате.

— Какой теперь месяц и число?

— Не помню, забыла.

— А какое время года?

Больная молчит.

Больной предлагают посмотреть в окно, где видны деревья в желтых листьях (конец октября).

— Кажется, лето.

— Как называется наша столица?

— Витебск.

— Нет, не наш город, а самый большой, главный город в нашей стране?

— Не знаю.

— Как называется самая большая река в нашей стране, в СССР?

— Западная Двина.

— Отнимайте по семи от ста.

— 94, 85, 55, 68.

— А дальше? Отнимайте еще.

Больная молчит.

Если приведенные данные дополнить тем, что в отделении больная лежит целыми днями в постели, часто укрывается одеялом с головой, сама в разговор не вступает, на вопросы отвечает односложно, ничем не интересуется, ничего не читает, ничем не занимается и проявляет интерес только к еде (ест много и с большой жадностью), то общая картина умственного, интеллектуального оскудения больной станет еще более убедительной.

Такова картина исходного слабоумия, приобретенного в результате перенесенного психоза.

БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ. СИНДРОМЫ ДЕРЕАЛИЗАЦИИ И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ. АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ознакомившись с синдромами расстройства сознания и дискинетическими расстройствами, перейдем к бредовым синдромам.

Паранойяльный синдром характеризуется развитием систематизированного бреда при незатемненном сознании, отсутствии галлюцинаторных явлений и психической деградации.

Я помню больного, о котором неоднократно слышал от проф. П. А. Останкова. Этот больной, врач по профессии, страдал бредом изобретений и открытий. Он утверждал и пытался доказать, что не белые кровяные тельца, а красные, эритроциты, обладают свойством фагоцитоза. Весь его бред заключался в этом, во всем остальном его личность оставалась сохраненной и он успешно справлялся с практической работой врача в течение многих лет (он руководил большой бактериологической лабораторией). У этого больного, за исключением одной, строго систематизированной бредовой идеи, психика была нормальной. У него имелся как бы один изолированный больной пункт, хотя под этим словом «пункт» следует видеть, по словам И. П. Павлова, сложную, функционально динамическую систему нервных связей.

Перейдем к галлюцинаторно-параноидному синдрому. Этот синдром характеризуется наличием обманов чувств, которые дают материал для бредового истолкования окружающего. В этих случаях легко

возникает бред воздействия и преследования. Бред при галлюцинаторно-параноидном синдроме не носит строго систематизированного характера, у больных обычно наблюдается деградация личности, быстро прогрессирующая.

Привожу литературный пример, заимствованный из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«Больная постоянно волнуется. Сестры и санитарки между собой непрерывно вслух говорят о ней. Ее называют проституткой, бандиткой, они считают, что ее место не здесь, а в тюрьме. Она слышала, что ей хотят вырвать язык, отрубить голову, собрались ее отравить. Говорят, что она ужасная преступница и подлежит немедленному уничтожению. Все ее стыдят и ругают всевозможными словами. В истинности слышанного больная уверена; боится, что ее здесь действительно могут умертвить. Больная просит немедленно ее отсюда отпустить. Плачет — ей жаль себя и дочь. Она ни в чем не виновата и не хочет без вины погибать».

Познакомимся еще с одним бредовым синдромом, параноидным, который отличается от предыдущего, в основном, отсутствием обманов чувств. Довольно часто при параноидном синдроме в бредовых идеях намечается некоторая систематизация, в большинстве случаев можно отметить и деградацию личности больного, сравнительно медленно нарастающую. Приведем клинический пример.

Больная П., 43 лет, повторно поступила в психиатрическую клинику. Впервые заболела в 1954 г. и сразу же стала продуцировать довольно стройную бредовую систему, о которой она сама охотно рассказывает.

Из анамнеза известно, что больная родилась в крестьянской семье. Росла и развивалась нормальным ребенком. Болела корью, скарлатиной. Окончила 7 классов. Родители больной были с некоторыми странностями. В доме имелись такие книги, как «Оракул», «Хиромант», «Гипнотизм», «Белая и черная магия» и т. д. Еще с отроческих лет у больной развилось стремление к объяснению непонятных ей вещей и явлений, как проявлению чего-то таинственного, действию каких-то «магических» сил. 18 лет вышла замуж, детей не было.

О себе она рассказывает:

«Один из служителей религиозного культа является чернокнижником, он имеет густую сеть своих агентов и шпионов. Посредством магических заклинаний он наводит тяжелые болезни на людей и выманивает у них деньги. Когда я была в церкви, то почувствовала могучее влияние его магической силы, и эта сила заставила меня отдать на церковь все свои деньги, что были со мной. Я написала на него жалобу патриарху, я поехала жаловаться на него в Москву, но в Москве меня засадили в психиатрическую больницу. Сделали это врачи, которые являются тайными агентами чернокнижника. Сам же он продолжает преследовать меня, и я имею полное право требовать суда над ним».

Это параноидный синдром, при котором нет галлюцинаторных явлений, а сам бред, хотя и носит характер системы, но своими явными нелепостями указывает на деградацию больной.

Галлюциноз — синдром, характеризующийся наплывом ярких обманов чувств при наличии незатемненного сознания, встречается при сифилитических психозах, особенно он част у алкоголиков. Привожу литературный пример, заимствованный из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«Больная стучит кулаком в стену, кричит по направлению к потолку, просит хотя бы на время оставить ее в покое. Она почти непрерывно слышит мужские и женские «голоса». Они критикуют ее мысли, действия, издеваются над ней. Голос, принадлежащий мужчине, предупредил ее, что сегодня ночью будет изнасилована ее дочь; в это время несколько женских голосов громко рассмеялись. Когда она шла по коридору, множество голосов выкрикивало ее фамилию. Голоса больная начинает слышать немедленно после просьбы прислушаться. Временами больная спорит с голосами, ссорится с ними. Голоса не затихают почти ни на мгновение».

В некоторых случаях при нарушении восприятия пространства и времени больному все окружающее представляется изменившимся, нереальным. Такое состояние называется синдромом дереализации.

Синдром дереализации часто сопровождается синдромом деперсонализации, при котором у больного расстраивается восприятие схемы собственного тела, нарушается самосознание. Привожу литературный пример, заимствованный из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«Больной пишет: «Все тело мое изменилось, стало не моим. Мне кажется, что лицо мое перекосилось, нос разместился горизонтально — в страхе смотрю в зеркало и всегда обнаруживаю все таким, как было раньше. Я ясно ощущаю, что у меня нет рук и ног; когда на них смотрю, оказывается, что они есть и такие же, как и прежде. Временами мне начинает казаться, что все мое тело становится не моим, голос чужим или как будто я его слышу со стороны. Голова увеличивается в размерах, а руки и ноги в длину. С некоторых пор я уже не принадлежу себе. Произошло страшное для меня отщепление моего «я» от меня. Я думаю, произношу слова, совершаю поступки и одновременно смотрю на все это как будто со стороны, совсем не ощущая как принадлежащее мне, как мои собственные действия, мои переживания.

Кто-то другой во мне думает — мои мысли никогда раньше не были такими шаблонными, банальными, выводы — такими чуждыми для меня».

Больные, страдающие синдромом Кандинского — Клерамбо, теряют чувство собственной психической активности, испытывают псевдогаллюцинации и продуцируют связанные с ними бредовые идеи. Свои собственные мысли и чувства больные воспринимают, как чуждые, навязанные вследствие постороннего влияния.

Литературный пример, заимствованный из курса судебной психиатрии.

Больной С. жаловался на непрекращающиеся чрезвычайно резкие «голоса», раздающиеся у него в голове, мешающие возможности думать, чем-либо заниматься. Иногда у него появлялось чувство говорения в гортани. В последние годы все чаще собственные движения, действия воспринимались им как насильственные. Голос, вторгающийся в его мысли, так же как и «техническое» действие на его мозг, на волю появились, по мнению больного, много лет тому назад, когда он подумал о том, что следовало бы угостить товарища пирожным. Как вспоминает больной, одновременно с этой мыслью (он вечером лежал в кровати) начало ощущаться действие товарища на его мозг. О своих мучительных переживаниях он старался никому не сообщать, лечил себя ежедневным кровопусканием, изменял свою восприимчивость другими способами, но положительных результатов не достиг. Товарищу он не высказывал своего недовольства. Доведенный до психического истощения (больной утверждает, что голос слышался даже во время сна), он решил избавиться от товарища и выстрелом в упор из самодельного пистолета убил его.

В психиатрическом стационаре больной вел себя спокойно, ровно, почти не менял позы, лежал в кровати, иногда читал, ни с кем не общался, окружающим не интересовался. С врачом он беседовал охотно, рассказывал о своем прошлом, о своих переживаниях, нисколько не сомневался в том, что постоянно раздававшийся у него в голове голос принадлежит его товарищу, на это указывали интонации голоса, форма и содержание обращений, приказаний. Он считал, что голос внедряется в его голову с помощью какого-то аппарата. Больной был твердо убежден, что его убитый товарищ на самом деле жив, так как голос прекратился только на короткое время, относящееся, как он полагает, к тяжелому состоянию раненого, затем голос вернулся с прежней силой. В нем он снова безошибочно узнал голос товарища».

Следующий синдром: *амнестический Корсаковский*. Этот синдром характеризуется дезориентировкой и конфабуляциями при резком ослаблении способности запоминания, но при относительной сохранности мышления и личности больного.

Привожу литературный пример, заимствованный из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«Лечащего врача больной всегда встречает, как совершенно незнакомого человека. Несколько раз в течение дня вновь зна-

комится с ним. Утверждает, что он находится здесь только со вчерашнего дня. Ищет свою жену, которая запропала куда-то. Год и число назвать не может, месяц определяет, как март, но, увидев желтые листья на деревьях, соглашается, что теперь осень. Утверждает, что он привез сюда с собой много вещей и двадцать тысяч денег. Приехал он сюда в командировку по серьезному делу. Не помнит, завтракал он или нет. Соседей своих по палате каждый раз называет разными именами. Из названного номера телефона не запомнил ни одной цифры».

Еще один синдром — ипохондрический, при котором больной заявляет множество необоснованных жалоб.

Приводим следующий клинический пример.

Больной Д., 30 лет. Развивался нормально, в детстве болел дифтерией, корью. До войны окончил 9 классов. В 1942 г. немцы угнали семью в Германию. Из Германии бежал, но был пойман и посажен в тюрьму. После войны окончил сельскохозяйственный техникум. После техникума как отлично успевающий был принят в педагогический институт. Женат, имеет 4-месячного ребенка. По характеру был тихим, застенчивым, неразговорчивым. В общежитии, где проживал больной, возникла ссора с товарищем, перешедшая в драку. Больной был придавлен за горло. После этого стал испытывать ряд болезненных ощущений. Стал думать, что серьезно поврежден позвоночник, страдал бессонницей, потерей аппетита. Поступил в психиатрическое отделение, но вскоре был выписан в состоянии улучшения. После выписки не мог отрешиться от мысли, что «позвонки у него разъединились и он должен умереть». Наряду с этим испытывал ряд болезненных ощущений в области сосудов шеи, лба. Потерял всякий интерес к учебе. К этому периоду относится еще одна психическая травма: измена жены и тяжелый семейный конфликт. Больной поступил в психиатрическую клинику повторно. При поступлении контактен, ориентирован правильно. Вял и депрессивен. Моторика бедна, отсутствует выразительность в движениях, жестах, мимике и речи. Галлюцинаций больной не обнаруживает. Интеллект сохранен, память не нарушена, хорошо помнит все пройденное в институте, правильно изложил врачу основную идею учения Дарвина. О своем состоянии рассказывает:

«Да вот меня мучает мысль, что у меня позвонки разъединились. Когда прощупываю 4-й и 5-й шейные позвонки, то ощущаю в них боль и чувствую, что они передвигаются. Иногда мне даже бывает трудно глотать. В области сонной артерии тоже боль, которая меня очень тревожит. Когда я хожу, то чувствую, как сотрясаются мои мозги. Везде покалывает. У меня ослабла память. Смотрю на предметы и не могу осмыслить их значение. Мне трудно сосредоточиться, собрать свои мысли. Ничто меня больше не интересует».

У больного все внимание сосредоточено на ощущениях в тех или иных областях тела. Он всецело поглощен пере-

живаниями последствий, действительно полученных когда-то легких повреждений, но в его воображении он является тяжелым, безнадежным больным.

Это так называемый ипохондрический синдром.

Для большей демонстративности приведу еще литературный пример ипохондрического синдрома, заимствованный из учебника профессоров Гуревича и Серейского.

«Больная пишет: «Я — неизлечимо больная; ни одну часть своего тела я не ощущаю здоровой. В легких не чувствую воздуха — вдох и выдох мне не удается, поэтому я каждую минуту боюсь умереть. Постоянное чувство сухости в горле заставляет меня поминутно небольшими глотками пить воду — это предохраняет горло от ссыхания. Сердце мучительно сжимается; в области аорты непрерывная тупая боль. В желудке постоянная тяжесть, кишечник всегда вздут. Никогда не ощущаю ни чувства голода, ни приятного чувства сытости. Стул ненормальный — то длительный запор, то понос. Частые позывы на мочеиспускание. Во всех суставах перемежающееся чувство ломоты. В пятках при ходьбе появляются острые боли. Голова как будто налита свинцом. Неприятные ощущения и боли не оставляют меня ни на минуту, ни на секунду. Общее ощущение такое, как будто на меня навалилось что-то тяжелое — нет ощущения ни усталости, ни бодрости. Одно время я считала, что больна раком, затем туберкулезом, думала о сифилисе. Знаю только одно, что болезнь моя страшная и неизлечимая».

Переходя к частной психиатрии, необходимо познакомиться еще с одним вопросом общего порядка — являются ли психически больные юридически ответственными за совершаемые ими поступки. Статья 11 Уголовного кодекса БССР гласит: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные статьей 55 настоящего кодекса.

Не подлежит наказанию также лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишающей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры меди-

цинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию».

Статья 12 Уголовного кодекса БССР гласит: лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности.

Таким образом, статья 11 различает: 1) состояние невменяемости в момент совершения преступления и 2) состояние невменяемости, наступившее к моменту вынесения приговора.

В качестве критериев невменяемости во время совершения преступления статья 11 указывает: 1) наличие «хронической душевной болезни, или временного расстройства душевной деятельности», или иного болезненного состояния — так называемый медицинский критерий и 2) отсутствие способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими — критерий юридический.

Для признания невменяемости необходимо наличие душевной болезни, при которой исключается возможность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. Наличие одного из указанных критериев еще не устраняет вменяемости.

Эта формулировка статьи 11 определяет задачи судебно-психиатрической экспертизы.

Судебно-психиатрическая экспертиза складывается, таким образом, из двух моментов: 1) клинической оценки психического состояния испытуемого как в момент экспертизы, так и в период совершения преступления и 2) на основе этой оценки решения вопроса о вменяемости.

В случаях судебно-психиатрической экспертизы надо знать и статью 73 Уголовного процессуального кодекса Белорусской ССР, по которой эксперт вправе:

1) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;

2) заявлять ходатайства о представлении ему дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения;

3) с разрешения лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда присутствовать при производстве допросов и других следственных и судебных действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы.

Экспертиза бывает амбулаторной и стационарной. В тех случаях, когда мы затрудняемся решить вопрос на

основании однократного исследования подсудимого, мы даем соответствующее заключение и судебные органы, на основании нашего мнения, направляют испытуемого в Москву в Институт судебно-психиатрической экспертизы имени Сербского.

С другой стороны, суд может не согласиться с мнением экспертов и направить подсудимого на повторную экспертизу.

Приведу литературный пример, из которого видно, что одно и то же заболевание (медицинский критерий) в одних случаях делает подсудимого вменяемым, а в других — невменяемым. Это зависит от состояния сознания испытуемого в момент совершения правонарушения, т. е. в зависимости от наличия или отсутствия способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими (юридический критерий). Пример заимствован из учебника для юридических школ.

«**Некто К.,** 25 лет, обвинялся в поджоге. Обстоятельства преступления таковы. Испытуемый поджег сарай, затем ходил вокруг горящего сарая с крестом. Когда же к нему обратились с вопросом, он отбежал в сторону и начал креститься, не понимая происходящего.

Данные о его прошлой жизни свидетельствуют о том, что до 12-летнего возраста он был здоров. С этого времени у него появились припадки. Первый припадок случился, когда он сидел за столом. Он посинел, упал на пол, судорог не было. В следующем году было уже несколько припадков; на третьем году припадки стали частыми и сопровождались судорогами. Лечение не облегчило его состояния. 22 лет он был помещен в психиатрическую больницу, где пробыл полгода. В первое время пребывания в больнице у больного констатированы ясное сознание, угнетенное настроение, речь вязкая, тягучая. Каких-либо психических расстройств (бреда, галлюцинаций и пр.) не было. Спустя 10 дней состояние его резко изменилось. Он не отвечал на вопросы, мускулатура его была в напряженном состоянии, появилось двигательное беспокойство, поведение стало нелепым,— он, например, пил мочу, куда-то стремился. Это состояние спустя две недели сменилось рядом судорожных припадков. Спутанность сознания появилась снова в следующем месяце.

Через год совершил кражу вещей у односельчанина, имея при этом сообщников. Сам стоял на страже. Задержали его с вещами на вокзале. В краже сознался. Экспертиза после стационарного двухмесячного испытания установила следующее. Сознание ясное, ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке; озлоблен, груб с врачами, но хорошо контактирует с другими испытуемыми, склонен к резким аффективным вспышкам. Память достаточная, о своем прошлом рассказывает связно.

Галлюцинаций, бреда, расстройств сознания за время испытания, а равно и припадков у него не было.

В связи с тем, что за истекший год состояние его здоровья улучшилось и что преступление было совершено вне какого-либо расстройства сознания, он экспертизой был признан вменяемым.

При поступлении в институт по делу о поджоге в психическом состоянии К. особых перемен не отмечено, он ориентирован, озлоблен, сопротивляется исследованию его врачом, временами дает аффективные вспышки. Интеллект не представляет каких-либо грубых нарушений. Через два месяца после поступления в институт состояние испытуемого внезапно изменилось: он вскочил с постели, смотрел по сторонам неосмысленным, блуждающим взглядом, подбежал к санитару и без всякого повода ударил его по лицу, затем взобрался на окно. Спустя час он успокоился, тихо лежал в постели.

Экспертная комиссия признала, что испытуемый К. страдает эпилепсией со склонностью к эпилептическим эквивалентам. Преступление совершено им во время болезненного состояния, сопровождавшегося изменением сознания, в связи с чем он в отношении совершенного им преступления должен быть признан невменяемым».

Остановимся теперь на классификации психических расстройств, в основе которых лежит нозологический принцип, выделяющий отдельные болезненные процессы с определенной этиологией, симптоматологией, течением, патологической анатомией и исходом.

Клиническая картина психических заболеваний зависит преимущественно от функционально-динамических нарушений высшей нервной деятельности. Локальные анатомические нарушения в головном мозгу играют второстепенную роль.

Мы различаем:

1. Инфекционные психозы, среди которых отдельно рассматриваются психозы при острых инфекциях и психозы при хронических инфекциях (прогрессивный паралич, сифилис мозга, эпидемический энцефалит).

2. Интоксикационные психозы (алкоголизм, наркомании, отравления).

3. Психозы на почве травматического повреждения мозга.

4. Психозы при сосудистых заболеваниях (церебральный артериосклероз, гипертоническая болезнь) и при заболеваниях внутренних органов.

5. Психозы возраста обратного развития (предстарческие и старческие).

6. Психозы при грубых органических заболеваниях мозга (опухоль мозга).

7. Эпилептические психозы.

8. Психозы шизофренической группы.

9. Маниакально-депрессивный психоз.

10. Реактивные психотические состояния (психогении).

11. Психопатии.

12. Олигофрении.

ПСИХОЗЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ. СИМПТОМАТИКА ШИЗОФРЕНИИ

Изучение частной психиатрии мы начнем с группы психозов под общим названием «шизофрения» (в переводе с греческого «расщепление души»). Это обширная группа психозов, которыми поражаются люди чаще в молодом возрасте. Эти психозы имеют тенденцию протекать длительно, хронически и вызывать, в конечном счете, явления исходного слабоумия.

Шизофренические психозы, их этиология, патогенез и особенно терапия составляют центральную проблему современной психиатрии.

Еще сравнительно недавно психиатры не владели методами лечения шизофрении и ограничивались лишь симптоматическими мероприятиями. Все современные так называемые активные методы лечения шизофрении развились за последнее время. Задачей настоящего и ближайшего будущего является как дальнейшее совершенствование этих методов, так и открытие новых, еще более эффективных и, наконец, изучение самой сущности заболевания, о которой наши сведения далеко недостаточны.

Шизофренические психозы очень разнообразны по своим клиническим проявлениям. Они имеют тенденцию к затяжному течению, и несвоевременное лечение их ведет, в конечном итоге, к состоянию непоправимого слабоумия.

Необходимо запомнить триаду основных симптомов, наблюдающихся при психозах шизофренической группы,

хотя в отдельных случаях не все симптомы этой триады бывают достаточно выражены.

Во-первых, при этих психозах всегда наблюдается нарушение мышления у больных. Эти нарушения колеблются от незначительной, совершенно малозаметной бестолковости с нерезким нарушением конкретизации понятий вплоть до яркой разорванности мышления с выраженными явлениями слабоумия.

Во-вторых, отмечается диссоциация в сфере чувственных переживаний, часто развивается чувственная тупость у больных.

В-третьих, у больных наблюдается абулия, безволие, отсутствие стремления к целенаправленной деятельности.

Ранее уже разбирались примеры нарушенного, разорванного мышления, что относится к первому симптому шизофренической триады.

Второй член триады основных симптомов при психозах шизофренической группы — диссоциация в сфере чувственных переживаний — выражается в неадекватности, несоответствии возникающего чувства внешней среде, фактам окружающей действительности. Больной шизофренией, который всегда любил своих родных и тепло к ним относился, вдруг, получив известие о случившемся с ними несчастье, вместо чувства печали испытывает радость, торжество. Часто больные шизофренией становятся совсем чувственно тупыми и совершенно не реагируют ни на радостные, ни на печальные события.

Больные шизофренией, будучи абуличными, безвольными, теряют всякий интерес к окружающей действительности, не проявляют никаких стремлений, ничем не занимаются и целыми днями совершенно безучастно лежат в постели.

Но, несмотря на кажущееся полное отупение и отсутствие психической жизни, у больных шизофренией сохраняется способность к внутренним переживаниям и к мышлению, порой достаточно интенсивному, но своеобразному, носящему специфический так называемый аутистический характер.

Типичным для аутистического мышления является полный отрыв от реальности, уход в себя, в глубину внутренних переживаний. При аутистическом мышлении чувства, аффективные потребности больного преобладают над

его логикой, искажают правильность оценки восприятий реальных фактов внешнего мира.

Теперь остановимся на некоторых особенностях шизофренического мышления.

Больным шизофренией свойственно замещать одно понятие другим. Это называется символическим мышлением (символикой). Таким образом, можно сказать, что шизофреническое мышление характеризуется иносказательным пониманием и объяснением окружающей действительности, в то же время у больного нарушено понимание переносного, символического смысла в речи других. Эти больные не поймут переносного значения слов во фразах: «широкое гостеприимство» или «ярким полымем заря вспыхнула».

Итак, имеется одновременно и продуцирование символики и непонимание ее. В качестве примера можно упомянуть, что один больной считал, будто буква «В» во множественном числе означает весь мир.

Больным шизофренией свойственно также сгущать понятия, что выражается в слиянии обычно не связываемых друг с другом представлений. Например, больной, встречая врача в отделении, заявляет: «Доктор, у меня сегодня все «шоколадно». Это значит, что у него сегодня после инсулинового шока все идет на лад. Такая агглютинация понятий ведет подчас к новообразованию слов, к созданию так называемых неологизмов. Одна больная в нашей клинике упорно заявляла, что у нее внутри образовалась «ракосвязка», а другая считала, что на нее вредно действует «маскара». Третий больной рассказывал нам, что он приехал в клинику на «трампаре».

Легкая степень разорванности мышления выражается у больных шизофренией в соскальзывании мысли, при котором бросается в глаза смещение отдельных представлений и неумение располагать их последовательно. Например, больная пишет письмо родным, ей хочется получить сладости и рассказать об абсцессе у нее на пальце. Письмо излагается следующим образом: «Просим нам прислать халвы. Палец болит, и невозможно было устоять на ногах, чтобы не слечь, чуть ли даже не падать в обморок. Рецепт лекарства: сливочного масла, конфет требуется в большом количестве. На руке у меня буква «Н», что бы это значило? Имя или оперированная рука?»

Больные шизофренией часто дают ответы «мимо»,

в чем проявляется соскальзывание мысли. Например, на вопрос: «Виделись ли вы сегодня со своим отцом?» — больной отвечает: «Я больше люблю кофе с молоком»; на вопрос: «Какова ваша профессия?» — отвечает: «Я рожден на севере» и т. д.

Иногда во время беседы больные внезапно замолкают, словно у них пропадает мысль; спустя некоторое время так же внезапно продолжают разговор, но теперь высказывают уже новую мысль, не имеющую ничего общего с бывшей до остановки. Это явление называется задержкой мысли.

Наблюдается у тех же больных и застой в мыслях, который выражается в том, что одна какая-нибудь мысль или представление подолгу задерживается в поле сознания и ведет к повторению одной и той же темы в различных оборотах речи. Такие персеверирующие в сознании больного представления ведут к стереотипному повторению какого-либо выражения или фразы. Например: «По вашей информации нужно получить обмундирование и паек... воздушный флот жалеть не приходится... откроем кабинет и узнаем — белый или голубой воздушный флот... да не сотвори себе кумира, елико на небесах воздушный флот» и т. д.

Иногда больные испытывают навязчивость автоматически следуемых одно за другим представлений, причем все возникающие мысли оцениваются больным субъективно, как внушаемые со стороны,— это так называемый *наплыв мыслей*, или *мантизм*.

Наконец, больные шизофренией склонны к резонерству, что выражается в стремлении к пустым логическим формулировкам при наличии общей скудости и банальности мышления.

И последнее — это амбивалентность в мышлении и амбитендентность в стремлениях у больных шизофренией. Отдельные понятия приобретают двойственное значение, что связано с одновременным возникновением в сознании больного противоречивых представлений. Например, больной в своих бредовых идеях одновременно считает себя и царем и революционером; другая больная в своем бреде называла себя одновременно и женой императора и преподавательницей физкультуры, а третья пишет: «Мне хотелось собрать свои неловкости в одно общее очертание... в одну общую отдельность».

В сознании больных шизофренией сосуществуют одновременно противоположные представления, которые у нормальных людей взаимно исключают друг друга. Такова шизофреническая амбивалентность мышления.

В стремлениях больных также сосуществуют одновременно противоположные тенденции — амбитендентность. Больной одновременно и хочет и не хочет есть, готов подать руку врачу и на полпути задерживает ее движение, одновременно хочет и сидеть и стоять и т. д.

Теперь перейдем к клиническому примеру с иллюстрацией больного.

Больной Д., 25 лет. Диагноз: шизофрения. Родился в крестьянской семье, окончил три класса, работал в колхозе, затем завербовался в Калининград, где работал в милиции. Был два раза избит, оставил работу и вернулся на родину. С 1951 г. в Советской Армии, прослужил 3 года, после чего демобилизовался. Последнее время (несколько месяцев) перестал ходить в кино и на танцы, ложился спать не раздеваясь, стал уединяться от общества. По словам отца, перед окончанием военной службы писал домой бессвязные письма.

В психоотделении все время лежит в постели, ничем не интересуется, ни с кем не общается, замкнут, наблюдается симптом воздушной подушки Дюпре (длительное держание головы в приподнятом положении, больной лежит в постели, а голова приподнята на 10—15 *см* над подушкой), вял и апатичен.

(Больного вводят в аудиторию.)

Предоставленный самому себе, больной сидит неподвижно, не проявляет никакой речевой инициативы, тупо и безучастно смотрит на сидящих напротив студентов. На лице незаметно игры мимики, оно маскообразно.

— Скажите, пожалуйста, где вы сейчас находитесь?

— Да вот здесь на собрании каком-то, люди сидят.

— Вы на последнее письмо отца ответили?

— Нет.

— Почему же, отец так вас любит и так много заботится о вас, надо ему написать.

— А зачем?

— Вы любите отца?

— Да все равно.

— Скажите, пожалуйста, вы приобрели за время службы в армии какую-нибудь специальность?

— Да я не знаю, что приказывали, то делал.

— Вы хотели бы продолжать службу в армии?

— Я хочу служить в армии и не хочу служить.
— Как вы сами считаете себя больным или здоровым?
— Я больной и не больной.

У этого больного можно отметить основные симптомы шизофрении. Он несколько бестолково отвечает на вопросы, не может ясно ответить о полученной в армии специальности. Ему непонятно, зачем надо ответить на письмо отца, он чувственно туп по отношению к близким родственникам. Больной апатичен, вял, безынициативен, абуличен, бездеятелен, ни с кем не общается и ничем не интересуется. Лицо больного блестит, сальное (у больных шизофренией иногда наблюдается усиленная функция сальных желез). Наконец, у больного отмечается амбивалентность и амбитендентность: «я больной и не больной», «я хочу служить в армии и не хочу служить». В то же время у больного нет разорванности мышления, нельзя пока говорить и о слабоумии.

У больных шизофренией довольно часто наблюдается деперсонализация, нарушается сознание «я». В основе его лежат, видимо, переживания каких-то неясных перемен в себе самом и окружающем. Собственные переживания становятся «чуждыми», свои действия и поступки больной ощущает, как автоматические, внушенные со стороны. Происходит нарушение соотношений субъект — объект. Свои собственные переживания и ощущения эти больные часто переносят и приписывают окружающим людям или даже неодушевленным предметам. Например, больной говорит: «Патефон поет моим голосом». Или, испытывая головную боль, он заявляет: «У моего соседа болит голова».

Часты у больных шизофренией явления негативизма.

В большинстве случаев, до 84%, у больных шизофренией отмечаются нарушения в интеллектуальной деятельности, в 68% случаев у этих больных наблюдаются бредовые идеи и в 66,5% случаев заболевание сопровождается галлюцинаторными и псевдогаллюцинаторными явлениями. Обычно преобладают слуховые галлюцинации, слышатся «голоса», очень часты обонятельные галлюцинации.

Начальные болезненные явления при шизофрении чрезвычайно разнообразны, возникающая психотическая картина очень пестра.

Остановимся на следующих начальных типах (по монографии «Шизофрения» А. А. Перельмана).

Во-первых: тип постепенного развития аффективно-волевого оскудения личности при наличии и некоторой препсихотической неполноценности.

У неполноценного субъекта при наличии существующей с детства недостаточности психосоматического развития в пубертатном возрасте (13—14 лет) постепенно начинает развиваться понижение активности и интереса к окружающему.

Во-вторых: тип постепенного развития аффективно-волевого оскудения у препсихотически полноценной личности.

Юноша, хорошо успевавший в школе, в пубертатном возрасте постепенно становится ленивым и невнимательным, появляется мечтательность и замкнутость, происходят вспышки раздражения, нарастает аффективная тупость.

В других случаях дело может начаться с расстройств аффективности и изменений характера, появляется грубость к близким, бездельничанье, склонность к бродяжничеству.

В-третьих: тип постепенно развивающегося характерологического сдвига с манерно-чудаческой окраской поведения.

С самого начала наблюдается возникновение своеобразной манерности, вычурности и чудачеств, отмечается снижение интересов к реальной действительности, появляется влечение к таинственному, к гипнозу, к спиритизму, оккультным «наукам» и т. д.

В-четвертых: тип невротического дебюта.

а) Психастенический дебют.

В 20—25-летнем возрасте начинают возникать навязчивые идеи и фобии, неопределенные страхи, появляется боязнь «сойти с ума», развивается неуверенность, нерешительность. В дальнейшем начинает обнаруживаться амбивалентность в суждениях, аффектах и волевых проявлениях.

В отличие от настоящей психастении больной не сознает нелепости своих сомнений.

б) Неврастенический дебют.

В цветущем молодом возрасте 22—26 лет развивается астения с быстрой утомляемостью, субъективным

чувством неизлечимой болезни, возникает замкнутость, неактивность, неряшливость, у больного наблюдается неадекватная, нелепая улыбка при рассказах о своих недугах.

в) Истерический дебют.

У молодой девушки появляется неустойчивость настроения, приступы немотивированной печали и слез, развиваются причудливые романтические ситуации (например, влюбленность из-за благозвучности имени объекта любви, из-за цвета его одежды и т. д.). В дальнейшем начинают наблюдаться парамимии, манерность и театральность поведения.

В-пятых: тип галлюцинаторно-бредового начала болезни.

В молодом возрасте, 20—25 лет или немного старше, сравнительно неожиданно появляются «оклики», а затем и «голоса». Начинают наблюдаться и псевдогаллюцинаторные переживания, развиваются деперсонализационные явления, возникает бред отношения.

В-шестых: тип маниакального дебюта.

В молодом возрасте неожиданно появляется маниакальноподобное возбуждение, но классическая триада маниакального синдрома не выдержана, нет скачки идей, а скорее имеется автоматическое нанизывание слов, сочетающихся по внешнему созвучию, возбуждение носит автоматический характер, нет стремления к деятельности, недостаточно ярко повышение настроения, скорее это просто раздражительность. В дальнейшем появляются типичные шизофренические симптомы.

В-седьмых: тип депрессивного дебюта.

Дело начинается с острого развития депрессии с попытками к самоубийству, развиваются бредовые идеи самообвинения, появляются стереотипии, манерность в поведении, парамимии, наконец, ряд непоследовательностей в поступках выясняет диагноз.

В-восьмых: тип острого делириозного дебюта.

В этих случаях характерно внезапное, острое начало, которое напоминает токсико-инфекционный психоз, температура тела повышена, наблюдается острое возбуждение со спутанностью сознания. Имеются яркие галлюцинации и бред, но двигательное возбуждение стереотипно, однообразно, негативизм и гримасы помогают распознаванию.

В-девятых: тип эпилептиформного дебюта.

Иногда шизофрения, протекающая с кататоническими симптомами, начинается с эпилептиформных или обморочных (синкопальных) припадков, постепенно начинают наслаиваться чисто кататонические симптомы.

ИСТОРИЯ УЧЕНИЯ О ПСИХОЗАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ШИЗОФРЕНИИ. ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

В данной лекции мы вкратце остановимся на истории развития учения о психозах шизофренической группы.

С. С. Корсаков в 1893 г. описал как нозологическую единицу психоз, которому он дал название *дизнойя*. Уже тогда он отмечал, что при этих психозах на первом плане стоят резко выраженные и первично развивающиеся общие расстройства в сочетании идей, первичное расстройство в функции ассоциационного аппарата, вследствие чего является большая или меньшая бессвязность идей. При этом сочетания делаются совершенно случайными, часто совсем бессмысленными. Во многих случаях возбуждения в сфере эмоциональной, выражающиеся различными аффектами, довольно скоро при усилении болезни сменяются упадком возбудимости душевного чувства, доходящим до полного безразличия. Очень часто отмечается диссоциация в душевном чувстве или по крайней мере в его проявлении: больной как будто смеется при печальных словах, плачет при словах, соответствующих радости. В дальнейшем периоде часто является подавление волевой деятельности, иногда доходящее до полного автоматизма или неподвижности либо ряда однообразных, монотонных, почти стереотипно повторяющихся актов.

Такова общая характеристика группы психозов, которая была описана в порядке выделения нозологических единиц С. С. Корсаковым. Нетрудно узнать всю основную триаду симптомов шизофрении.

После С. С. Корсакова немецкий психиатр Крепелин, который также стал на нозологический путь в психиатрии, описал в 1896 г. группу психозов под названием «раннее слабоумие» (dementia praecox). Симптоматика этих психозов полностью совпадает с дизнойей Корсакова, т. е. шизофренией. Крепелин считал, что эти психозы в исходе обязательно приводят заболевшую личность к состоянию слабоумия и сопровождаются органическими изменениями в центральной нервной системе. Но далеко не всегда прогноз при этой группе психозов неблагоприятен. В ряде случаев при шизофрении, несмотря на общую тенденцию к тяжелому течению и прогрессированию болезни, наблюдается самопроизвольное выздоровление или резкое улучшение (спонтанная ремиссия). Имеют также место одни функционально-динамические сдвиги в центральной нервной системе без развития непоправимых органических изменений.

Проф. Блейлер в 1911 г. предложил называть эту группу заболеваний «шизофрении» (т. е. во множественном числе), подчеркнув этим групповой характер описываемой болезни. Блейлер, в противоположность Крепелину, считал шизофрению заболеванием исключительно функциональным, дающим глубокие ремиссии; он чрезмерно психологизировал клинику шизофрении, отрывал психику от соматики, в чем его нельзя не упрекнуть. Кроме того, он значительно расширил диагностические границы шизофрении и включил в нее такие болезненные процессы, как предстарческий бред ущерба, хронический алкогольный галлюциноз, атипические формы маниакально-депрессивного психоза и даже ряд невротических синдромов. В этом была его ошибка.

Одним из первых психиатров, старавшихся исправить ошибки Блейлера в учении о шизофрении, был проф. Останков, который ввел для этой группы наименование «прогрессивная интрапсихическая атаксия» (ataxia intrapsychica progressiva), подчеркивая этим тенденцию к прогрессивному, тяжелому течению болезни. Тем самым ограничивались непомерно широкие диагностические рамки, установленные Блейлером, и от шизофрении отпадали атипические формы маниакально-депрессивного психоза, невротические заболевания, алкогольный галлюциноз и т. п. Термин П. А. Останкова не удержался в литературе, как очень длинный, хотя он хорошо оттенял

основной характер заболевания как своеобразную внутрипсихическую атаксию, т. е. внутреннюю разлаженность в психических процессах, атактическое течение ассоциативного процесса, лежащее в основе разорванности мышления.

В дальнейшем в разработке психопатологии шизофрении большую роль сыграли господствующие в буржуазной психологии идеалистические направления «чистого психологизма» с отрывом от патофизиологии и патологической анатомии, как основных методов исследования материальной основы психических заболеваний.

Идеализм этих психологических концепций приводит к пессимизму как в отношении дальнейших исследований, так и в отношении активной терапии шизофрении.

В начале 20-х годов нашего столетия вышла в свет книга немецкого психиатра Кречмера «Строение тела и характер». В этой книге автор допустил грубую ошибку, утверждая, что тот или иной характер человека всецело зависит от особенностей строения его тела. Кречмер игнорирует при этом важнейшее воспитательное значение социальной среды, коллектива людей и совершенно не принимает во внимание высочайшую пластичность психической (т. е. высшей нервной) деятельности человека, на что указывал И. П. Павлов.

Кречмер описал астенический тип телосложения, как преобладающий у больных шизофренией, и пикнический тип, наиболее часто встречающийся среди больных маниакально-депрессивным психозом. Отсюда он сделал попытку обосновать склонность всех астеников к шизотимности (замкнутость, психологический уход в себя, необщительность и т. д.) и, наоборот, у пикников им описана циклотимность, т. е. склонность к периодическим подъемам и снижениям настроения без достаточных внешних поводов. Далее Кречмер пытался доказать, что при заострении черт характера астеники становятся шизоидными, а пикники — циклоидными психопатами. При дальнейшем развертывании природных черт характера первые становятся шизофрениками (т. е. больными шизофренией), а вторые — циклофрениками (т. е. больными маниакально-депрессивным психозом).

Тут Кречмер допустил вторую грубую ошибку, так как по его мнению выходит, что шизофрения представляет собой постепенное развертывание врожденных шизоидных

черт личности. Но это неверно. Шизофренический психоз имеет свое начало, им заболевают люди, до того бывшие совершенно здоровыми и не носившие в себе никаких врожденных задатков будущей болезни.

Во всяком случае, благодаря Кречмеру произошло дальнейшее непомерное расширение понятия «шизофрения», и это стало настолько практически неудобным из-за стушевывания границы между болезнью и здоровьем, что даже на его родине с 30-х годов стали писать о «шизофренном» синдроме и о «генуинной» (т. е. настоящей) шизофрении.

Для отечественной психиатрии серьезным этапом в развитии учения о психозах шизофренической группы послужила специальная Всесоюзная конференция в 1932 г. в Москве.

На этой конференции в ряде докладов и в дискуссиях по ним твердо оформилось основное положение советской психиатрии, полагающей необходимым при изучении психических заболеваний, в том числе и шизофрении, исходить из единства психопатологического исследования с патофизиологическим анализом механизмов, лежащих в основе расстройств психических функций личности. Только в аспекте этого единства возможно вскрытие закономерностей болезненных изменений.

На шизофрению надо смотреть, как на своеобразный болезненный процесс, функциональный вначале, но могущий в дальнейшем стать органическим. Этот процесс имеет склонность протекать прогредиентно, то непрерывно нарастая, то толчкообразно, т. е. отдельными последовательными приступами («шубы»). Шизофренический процесс характеризуется двумя основными свойствами: 1) утратой личностью своего единства, разорванностью психической деятельности, интрапсихической прогрессивной атаксией и 2) исходом в слабоумие, как концентрации динамически нарастающего основного расстройства.

Теперь перейдем к отдельным формам течения шизофрении, они очень разнообразны. Основные из них: 1) гебефреническая (гебефрения), 2) кататоническая (кататония), 3) параноидная и 4) простая. В отдельных формах клинического течения много общего, одна может переходить в другую, наблюдаются и смешанные формы.

Гебефреническая форма шизофрении обычно начинается в юношеском возрасте, зачастую в

периоде полового созревания. Кроме основных шизофренических симптомов (болезненное нарушение интеллекта от некоторой бестолковости с нарушением конкретизации понятий до резко выраженной разорванности мышления, аффективная тупость, понижение активности) у этих больных на первый план бросается в глаза дурашливость в поведении. Помимо многих странностей в поведении эти больные постоянно гримасничают, кривляются, нелепо смеются, их пустая неадекватная веселость подчас сменяется депрессией. Наряду с вышеизложенными симптомами у них временами появляются двигательные расстройства, напоминающие кататонические, и вся клиническая картина начинает приобретать смешанный гебефренокататонический характер.

Приведем клинический пример этой формы шизофрении с иллюстрацией больной.

Больная М., 20 лет. Диагноз: гебефреническая форма шизофрении. Больная в клинике находилась неоднократно. Работает на трикотажной фабрике. Психически больна с 1954 г. До этого ничем не болела. При каждом поступлении в клинику поведение больной бывает следующим: без видимой причины хохочет, бегает по отделению, поет, ругается, танцует, временами говорит детским голосом. Изредка появляются отрывочные слуховые галлюцинации и идеи отношения. Критики к своему состоянию нет. Интеллект снижен. Не может указать ошибки в специально нарисованных нелепых картинках (например: корова с гусиными ногами, птицы с человеческими лицами и т. д.). Временами в высказываниях больной наблюдается разорванность.

(Входит больная.)

— Сколько вам лет?

— Сколько деревьев, столько и лет.

— Вы здоровы или больны?

— Солнце светит, а не греет, бессмыслица на таблетках ходить.

— Вы замужем?

— Муж напился, уснул, а где он теперь? (хохочет).

— Какое сегодня число?

— А сколько листьев на деревьях? (вскакивает, топает ногами, начинает танцевать).

Кататоническая форма шизофрении начинается большей частью между 20—30 годами. При этой форме шизофрении среди общих симптомов на первом плане кататонический синдром с присущим ему ступором, импульсивностью, стереотипиями, автоматической подчиняемо-

стью и подражанием (эхолалия, эхопраксия, эхомимия), восковидной гибкостью, негативизмом, гримасничаниями, мутизмом, иногда ригидностью мышц. Кататонический ступор может продолжаться годами, временами не на долгий срок сменяясь явлениями кататонического возбуждения с гиперкинезами, автоматическими стереотипными движениями, негативизмом, речевым возбуждением.

При кататонической форме шизофрении обычно наиболее резко выражены и расстройства со стороны вегетативной нервной системы (сильное слюнотечение, акроцианоз, большая сальность лица и т. д.).

В аффективной сфере у кататоников наблюдаются резкие переходы от выраженной чувственной тупости к немотивированной аффективности.

Бывают при кататонической форме шизофрении слуховые галлюцинации, а также и галлюцинации других чувств. В начальных стадиях заболевания встречаются бредовые переживания.

Вместе со всеми вышеописанными явлениями отмечается и нарастающая разорванность мышления, речь иногда нарушается до степени «словесной окрошки».

Приведем пример кататонической формы шизофрении.

Больная Т., 21 года. Поступила в психиатрическую клинику с диагнозом кататоническая форма шизофрении. Родилась в крестьянской семье, росла и развивалась нормальным ребенком, ничем не болела. С 8 лет пошла в школу, окончила 4 класса, занималась хорошо. По характеру добрая, но малообщительная. С восьмилетнего возраста осталась без матери, жила с отцом в деревне, работала в колхозе. Затем устроилась работать в городе на заводе разнорабочей, но за несколько дней до заболевания уволилась по собственному желанию, собираясь будто бы переходить на другую работу. Заболевание наступило с внезапно появившихся странностей в поведении: больная перестала есть и не отвечала на вопросы окружающих. В психиатрическом отделении недоступна контакту, целыми днями стоит неподвижно в одной и той же стереотипной позе в углу комнаты. Если больную начинают укладывать в постель, то она сопротивляется, а затем, будучи предоставленной самой себе, снова отправляется в угол и стоит там неподвижно. Негативистична, при попытках беседовать с ней отворачивается спиной, надувает щеки. Больную кормят с ложки.

Обращает на себя внимание полная неподвижность больной, мускулатура слегка напряжена, при попытках пассивно изменить положение конечностей — довольно сильное сопротивление. Лицо без игры мимики с застывшим выражением. Рот полон слюны, усиленная саливация. Руки и ноги цианотичны.

П а р а н о и д н а я ф о р м а ш и з о ф р е н и и. Эта форма начинается в более зрелом возрасте. Характерно

сравнительно медленное течение и развитие процесса, исходное состояние наступает относительно не скоро. Поведение больных параноидной формой шизофрении отличается некоторой осмысленностью, известной сохранностью аффективной сферы: нередко отсутствуют резкие нарушения в последовательности мышления, особенно в начальных стадиях болезни. Вместе с тем с самого начала заболевания наблюдается выраженное бредовое мировоззрение у больных, развивается бред отношения, а затем и преследования, бред физического воздействия, ипохондрический, в более редких случаях — бред величия. Обычно наблюдаются слуховые, обонятельные и другие галлюцинации. Очень часты псевдогаллюцинаторные явления, деперсонализация. Временами можно отметить неологизмы, появление стереотипий, манерности, негативизма. Вместе с постепенно нарастающей деградацией личности начинает наблюдаться все более выраженный аутизм с полным отсутствием интереса к реальным событиям окружающего внешнего мира.

Клинический пример этой формы шизофрении с иллюстрацией больной.

Больная В., 28 лет, поступила в психиатрическую клинику с диагнозом параноидная форма шизофрении. Больная росла и развивалась нормальным ребенком, перенесла корь. Окончила 7 классов, училась хорошо, ничем не болела. Трудовая деятельность началась очень рано. Работала на разных работах, с работой справлялась. В 1949 г. впервые заболела психически, неоднократно находилась в психиатрических больницах, была применена инсулиновая и электрошоковая терапия.

(Больную вводят в аудиторию.)

— Расскажите нам, пожалуйста, как началось ваше заболевание?

— Появились головные боли, бессонница, ненавидела всех окружающих, так как все стали плохо ко мне относиться, были против меня, слышались «голоса», меня привезли в больницу.

— Почему вы часто отказываетесь от пищи и не хотите сами кушать, вас приходится кормить насильно?

— Да потому, что меня преследуют и в пищу подсыпают отраву.

— Почему вы решили, что вас кто-то преследует и старается отравить пищей?

— Мне сказали «голоса» об этом.

— Зачем вы часто закрываетесь одеялом с головой?

— Это тогда, когда «голоса» начинают меня громко звать. Доктор, а скоро меня будут судить? (на самом деле у больной никаких судебных дел нет).

Простая форма шизофрении. Начало этой формы чаще всего бывает в периоде полового созревания. Болезнь развивается постепенно и ведет к выраженному дефекту личности, ремиссии при этой форме редки. Бредовые идеи и галлюцинации обычно отсутствуют, не наблюдается и выраженных кататонических симптомов. Все дело сводится к прогрессивно нарастающему шизофреническому слабоумию.

Приведем литературный пример из монографии проф. Перельмана «Шизофрения».

«Больная Д., 18 лет. С детства у больной был подвижный, беспокойный характер. Окончила 7 классов, учение давалось легко. С 16 лет больная перестала посещать школу; появилась неуравновешенность характера, стала раздражительной, постоянно ссорилась с матерью. Отказывалась от всякой работы и бесцельно бродила по улицам. Сон нерегулярный, часто ночью бродила по комнатам, прятала и портила вещи, принадлежащие как себе, так и матери. За последнее время перестала следить за своей внешностью и костюмом. Проводила время в полном безделье, а иногда просто лежала целыми днями в постели. Вместе с тем участились ссоры с матерью и нелепые поступки. Нередко без мотивов отказывалась от пищи. Больной себя не считала и лечиться не желала. Была принудительно помещена в психиатрическую больницу, так как поведение больной дома стало совершенно нетерпимым. В больнице обнаруживает немотивированную озлобленность в отношении матери. Говорит, что ненавидит мать с детства, требует, чтобы ее не допускали на свидание. Наличие галлюцинаций и бредовых идей совершенно отрицает. Недовольна помещением в психиатрическую больницу. Иногда плачет и лежит, закрыв голову одеялом. Временами капризна, груба, возбудима, манерна, негативистична. Нередко ссорится с другими больными, во время еды разбрасывает свою пищу. В дальнейшем физически поправилась, прибыла в весе, галлюцинаций и бреда по-прежнему не отмечается, отказывается от работы в лечебной мастерской».

Как же мы в наше время понимаем сущность шизофрении, каковы при ней патофизиологические сдвиги в работе высшей нервной деятельности, определяющие шизофреническую психопатологию?

Из изложенного видно, что у этой категории больных отмечается ослабление интенсивности психической деятельности, резкое понижение работоспособности корковых клеток, ослабление высшей нервной деятельности, разлитое торможение в больших полушариях мозга.

И. П. Павлов характеризовал всю шизофреническую группу психозов в отношении патодинамики корковых процессов, как хроническое гипнотическое состояние. Гипнотическое состояние есть переходное между сном и бодрствованием. Оно проявляется в частичном торможении с различной экстенсивностью и интенсивностью — торможение может быть то более сильным, то слабее и в разной степени выражаться в отдельных участках коры головного мозга. Получается своеобразная «пятнистость» распределения торможения по коре.

Переходные состояния между сном и бодрствованием проявляются в различных фазовых явлениях деятельности клеток коры больших полушарий.

Напомним вкратце об этих фазах. Наблюдаются следующие фазовые состояния при переходе от нормально возбужденного состояния (бодрствования) к полному торможению (сну): при легком торможении развивается уравнительная фаза, при более глубоком — парадоксальная фаза. Иногда перед наступлением парадоксальной фазы может наблюдаться наркотическая фаза, в ряде случаев наркотическая фаза наблюдается после парадоксальной. При дальнейшем усилении торможения наблюдается ультрапарадоксальная фаза и, наконец, дальше — полное торможение. Кроме такого порядка ультрапарадоксальная фаза может возникнуть в разных местах.

При нормальной интенсивности возбуждения сильные раздражители вызывают большой эффект возбуждения, а слабые — малый эффект. При уравнительной фазе сильные и слабые раздражители вызывают одинаковые по величине эффекты. При парадоксальной фазе слабые раздражители вызывают большой эффект возбуждения, а сильные, наоборот, маленький эффект. При наркотической фазе все раздражители понижены в своем действии, слабые раздражители часто почти не действуют, сильные понижены в своей величине.

При ультрапарадоксальной фазе положительные раздражители, вызывающие в норме возбуждение, не действуют положительно, а вызывают торможение. Наоборот, отрицательные раздражители, вызывающие в норме торможение, действуют при ультрапарадоксальной фазе положительно и вызывают возбуждение.

Такие фазовые явления имеют место и при шизофрении.

Во-первых, парадоксальная фаза. Примером парадоксальной фазы служит протокол 2 опытов, проведенных мною в психиатрической клинике в ноябре месяце 1929 г.

Больной Козлов. 15 ноября 1929 г. В палате полная тишина. Все больные пошли гулять. Около больного находится ординатор отделения (Н. В. Виноградов) и старший надзиратель (Овсянников). Ординатор говорит шепотом: «Как вас зовут?» — «Иван Козлов»,— голосом средней интенсивности отвечает больной. Дальше вопрос ординатора шепотом: «Сколько вам лет?» — «Двадцать два». Дальше опять шепотом: «Где вы родились?» — «Пермская губерния...», дальше следовало полное название уезда, волости, деревни.

Перерыв десять минут.

Обстановка опыта остается та же самая. Те же лица.

Вопрос ординатора голосом обычной разговорной громкости: «Товарищ Козлов, скажите, пожалуйста, еще раз, где вы родились, потому что я позабыл». Больной молчит. «А сколько вам лет?» — тем же громким голосом. Больной молчит. «А как вас зовут? Я не успел записать и позабыл».

Больной молчит.

21 ноября 1929 г. В палате тишина. Все больные вышли в столовую. Присутствуют ординатор отделения и старший надзиратель.

Ординатор громким голосом (здесь — наоборот): «Как вас зовут?» Больной молчит. «Сколько вам лет?» Больной молчит. «Где вы родились?» Больной молчит.

Перерыв десять минут.

Теперь шепотом: «Как вас зовут?» — «Иван Козлов»,— правильно отвечает больной. Шепотом: «Сколько вам лет?» — «Двадцать два». Шепотом: «Где вы родились?» — «Пермская губерния», и дальше больной замолкает, он не называет деревни, волости, уезда. При этом отмечено, что при третьем вопросе стали раздавать обед, доносился шум из столовой комнаты, через палату ходили санитары.

Эти примеры совершенно отчетливо показывают существование парадоксальной фазы в хронической форме (у больных шизофренией).

Во-вторых, в динамике корковых клеток, находящихся у больных шизофренией в хроническом гипнотическом состоянии, выступает и ультрапарадоксальная фаза, лежащая в основе некоторых форм шизофренического бреда.

Уже после смерти И. П. Павлова ультрапарадоксальная фаза в динамике корковых клеток у больных шизофренией констатирована в точном лабораторном эксперименте. Много нового в этот вопрос внесено нашим ассистентом Л. А. Рейсер в ее диссертационной работе (1953—1955 гг.). Она, пользуясь плетизмографической методи-

кой и изучая у больных шизофренией особенности безусловных и условных сосудистых рефлексов, наблюдала ультрапарадоксальную фазу в сфере безусловных рефлексов. Это фазовое состояние исчезало при ослаблении торможения (при даче больному кофеина) и при усилении торможения (после приема больным люминала). Таким образом, оно было текучим, подвижным, проявлялось при известной интенсивности тормозного процесса, т. е. было фазовым.

Описанное Л. А. Рейсер фазовое состояние исчезало у больных шизофренией в периоды клинического улучшения в их состоянии.

Кроме описанного, ультрапарадоксальная фаза в динамике корковых клеток у больных шизофренией наблюдалась и тогда, когда ею захватывался двигательный анализатор и в поведении больного обнаруживались явления негативизма. То же самое и при явлениях деперсонализации, в которых по исследованиям нашего сотрудника А. И. Лапицкого отмечается тенденция к ультрапарадоксальным отношениям.

Теперь вспомним такие характерные симптомы больных шизофренией, как амбивалентность и амбитендентность. На первый взгляд кажется, что и здесь можно усмотреть ультрапарадоксальную фазу, но на самом деле здесь динамические нарушения более тонки. И. П. Павлов, говоря, что закон взаимной индукции противоположных действий должен быть приложим и к противоположным представлениям, связанным с определенными словесными клетками, считая, что сколько-нибудь сильное возбуждение одного представления производит его задерживание, а через это индуцирует противоположное представление, отмечает: «Нетрудно видеть, что данное объяснение естественно распространяется на весь своеобразный, наступающий при высших степенях распространенного и углубленного ультрапарадоксального состояния, симптом шизофреников — амбивалентность» [1].

Следует обратить внимание на следующую деталь. При ультрапарадоксальной фазе мы видим, что положительные раздражители не действуют, а отрицательные действуют положительно, имеется хоть и необычное, но определенное действие. А что такое амбивалентность? Это

---

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 249.

есть одновременное сосуществование двух взаимно противоположных мыслей, чувств, тенденций (амбитендентность).

Эту тонкую разницу, касающуюся степени выраженности явления, между ультрапарадоксальной фазой и ультрапарадоксальным состоянием надо не упускать из виду, когда применяется павловское учение в клинике, у постели больного.

Итак, у больных шизофренией в их кортикальной динамике наблюдаются фазовые явления в различной степени выраженности как проявление переходного состояния между сном и бодрствованием (т. е. гипнотического).

В-третьих, стереотипные движения, столь характерные для больных шизофренией, часто наблюдаются и у собак в начале гипнотизации.

В лабораторном эксперименте по методике пищевых условных рефлексов это обнаруживается у собаки в форме периодически наступающего стереотипного облизывания шерсти передней части тела.

В-четвертых, шизофренический симптом каталепсии, выражающийся в продолжительном удерживании больным различных положений тела, которые ему придаются, легко воспроизводится у загипнотизированного здорового человека.

В-пятых, шизофренические симптомы эхолалии и эхопраксии являются также заурядным явлением у загипнотизированных здоровых людей, которые особенно легко и часто выступают при гипнозе, вызываемом пассами.

В-шестых, кататония с напряженным состоянием скелетной мускулатуры, когда больной сильно сопротивляется всякому изменению данного положения частей тела,— симптом, который можно воспроизвести у нормального загипнотизированного человека, вызвав у него такой степени напряжение тонических рефлексов, что все тело превращается как бы в крепкую деревянную доску.

Наблюдаемые у больных шизофренией апатия, тупость и неподвижность понимаются как симптомы тормозного состояния коры больших полушарий.

Всему этому не противоречат и наблюдающиеся у некоторых больных шизофренией шаловливость, дурашливость, вспышки возбуждения с агрессивностью. Это может иметь место и при алкогольном опьянении, когда неоспоримое общее торможение коры освобождает подкор-

ковые центры сложнейших безусловных рефлексов (инстинктов, влечений) от сдерживающего контроля коры и даже, наоборот, положительно их индуцирует. Картина аналогична. Следовательно, вышеизложенное шаловливо-возбужденное шизофреническое состояние опять-таки обусловливается известной степенью коркового торможения.

Это торможение, развивающееся в коре при шизофреническом процессе, предохраняет нежнейшие клетки человеческого организма, корковые клетки, от непосильной работы, от непереносимого возбуждения. Оно несет охраняющие функции и названо Павловым «охранительное» торможение.

Прототипом такого охранительного процесса может служить наш периодический нормальный сон, представляющий собой разлитое по коре полушарий торможение, спускающееся на известную глубину по мозговому стволу.

На это охранительное торможение при шизофрении можно смотреть, как на патологию, так как оно лишает больного возможности нормальной деятельности. С другой же стороны, по самому существу механизма действия это, по словам Павлова, «есть еще физиология, физиологическая мера, потому что оно предохраняет корковые клетки против угрожающего разрушения вследствие непосильной работы» [1].

Описаны случаи многолетнего кататонического ступора, закончившиеся резким улучшением, такова предохраняющая роль торможения.

И. П. Павлов говорит: «Есть основание принимать, что пока действует тормозной процесс, корковая клетка остается неповрежденной глубоко; для нее возможен возврат к полной норме, она еще может оправиться от чрезмерного истощения, ее патологический процесс еще обратим. Это по современной терминологии есть еще функциональное заболевание» [2].

Если болезненный процесс пересиливает, как бы прорывается через барьер охранительного торможения, то начинаются уже непоправимые, деструктивные, органические изменения, представляющие собой диффузный распад и исчезание нервных клеток преимущественно во вто-

---

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 131.

[2] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 131, 132.

ром, третьем и частично в пятом слоях коры. Тогда шизофрения из функционального заболевания перерастает в органическое и быстро ведет к неизгладимому дефекту, сопровождаясь явлениями аминотоксикоза под влиянием изменений со стороны центральной нервной системы в регуляции обмена (В. П. Протопопов).

В этих случаях кора представляет собою как бы «решето» из групп сохранившихся, находящихся в распаде и исчезнувших клеток, замененных компенсаторно разросшейся соединительной тканью. Можно думать, что такая органическая «прорешливость» коры полушарий лежит в основе непоправимого расщепления нормальной связанной работы их в то время, как в начальный период шизофренического процесса те же явления расщепления были обратимыми и связывались с возникновением в коре полушарий лишь функционально изолированных больных групп клеток (патологических структур).

В лаборатории по изучению патофизиологии высшей нервной деятельности человека в нашей клинике ассистентом кафедры Л. А. Рейсер в точном эксперименте по плетизмографической методике установлена в дополнение к последовательности и параллельность фаз. У больных шизофренией (и при некоторых других психических заболеваниях) одновременно в разных сигнальных системах могут сосуществовать различные фазовые состояния, например ультрапарадоксальная фаза в сфере безусловных рефлексов и нормальная возбудимость во 2-й сигнальной системе и т. д.

Кроме того, по нашим исследованиям (Н. В. Виноградов и Л. А. Рейсер) и по работам других авторов отмечается, что у больных шизофренией нарушается слаженность совместной работы обеих сигнальных систем, их нормальное взаимодействие.

Мы установили, что у одних и тех же больных шизофренией в остром психотическом состоянии совместная работа сигнальных систем нарушена, а когда наступает клиническое улучшение после активных методов лечения, то у тех же больных эта совместная работа восстанавливается. Мы имели основание заключить, что нарушение их взаимодействия происходит благодаря чрезвычайному функциональному ослаблению в течение шизофренического процесса именно 2-й сигнальной системы, как «нежнейшей» группы корковых клеток, являющихся

к тому же самым последним образованием в эволюционном смысле.

Нарушение единства и взаимодействия двух сигнальных систем представляет собой, по-видимому, одну из патофизиологических основ «шизиса» и обусловливает, очевидно, наличие речевых расстройств у больных шизофренией.

И последнее замечание о явлениях агглютинации (сгущения) образов, которые зачастую имеют место у больных шизофренией. У шизофреников это происходит в состоянии бодрствования, а у здоровых людей это же явление может иметь место в сновидениях, оно является дополнительным подтверждением мысли о том, что шизофренический процесс патодинамически представляет собой хроническое гипнотическое состояние. Приведем пример из книги проф. Ф. П. Майорова «Физиологическая теория сновидений».

«Взрослый мужчина видит себя во сне сидящим на диване. На коленях у него сидит дочь такой, какой она была в 3—4 года. Это одновременно и дочь и жена. Физически они слиты для него в одно целое существо. Переживаемые чувства двойственны и вместе с тем слиты в одно чувство привязанности».

Таким образом, в этом сновидении произошло слияние двух различных образов (дочери и жены) в один образ, слияние двух сходных и вместе с тем различных чувств в одно.

Это надо объяснить ослаблением процесса дифференциации при развитии сонного торможения. Описанному явлению также способствовала общность эмоционального возбуждения (общее чувство привязанности).

При начинающемся и развивающемся гипнотическом состоянии нарушается сила и концентрированность дифференцировок (процессов внутреннего торможения). По данным нашей экспериментальной работы (Н. В. Виноградов), очень трудно, а иногда и невозможно выработать у больных шизофренией стойкую дифференцировку, но ее удается выработать без особого труда в период клинического улучшения (ремиссии) у тех же больных после успешного применения активных методов лечения. В этом нельзя не усмотреть доказательства о наличии у больных шизофренией гипнотического состояния.

Каково же происхождение этого хронического гипнотического состояния при шизофрении?

Ответим словами И. П. Павлова: «Конечно, последнее глубокое основание этого гипноза есть слабая нервная система, специально слабость корковых клеток. Эта слабость может иметь много разных причин — наследственных и приобретенных. Этих причин мы не будем касаться. Но естественно, что такая нервная система при встрече с трудностями, чаще всего в критический физиологический и общественно-жизненный период, после непосильного возбуждения неизбежно приходит в состояние истощения. А истощение есть один из главнейших физиологических импульсов к возникновению тормозного процесса как охранительного процесса. Отсюда и хронический гипноз как торможение в различных степенях распространенности и напряженности» [1].

Наступлению слабости корковых клеток способствуют инфекции, интоксикации, переживания, травматические моменты.

И. П. Павлов упоминает, что слабость корковых клеток может быть не только приобретенной, но и наследственной. Эта наследственная слабость корковых клеток с точки зрения мичуринской биологии может рассматриваться, как пониженная сопротивляемость, возникающая у детей вследствие наличия тех или иных болезней у их предков. Эта пониженная сопротивляемость может реализоваться у молодого поколения в последующем в форме болезненного процесса, если внешние условия жизни благоприятствуют этому, и, наоборот, она не дает себя знать, когда условия жизни потомков препятствуют ее реализации.

Следует сказать, что этиология шизофрении для нас пока остается неразрешенной проблемой. Этот вопрос занимает ведущее место в современной психиатрии. Если многие зарубежные психиатры склонны отрицать существование шизофрении, как самостоятельной нозологической единицы, то большинство советских психиатров стоит за ее несомненную нозологическую самостоятельность.

Часть исследователей высказывает мнение об инфекционной природе шизофрении, ссылаясь на хронический сепсис, нередко способствующий ее возникновению.

Немало сторонников и вирусной теории шизофрении, но это пока в должной мере не доказано. Значительное

---

[1] И. П. Павлов, т III, кн. 2, стр. 131.

внимание в этиологии шизофренического процесса уделяется и влиянию токсических вредностей, способствующих его развитию. Не без известных оснований учеными придается значение аутоаминотоксикозу при шизофрении, причем ряд психиатров-биохимиков считает его лежащим в самой основе заболевания.

Экспериментально доказано развитие временных (от нескольких часов до суток) шизофреноподобных явлений после впрыскивания препаратов лизергиновой кислоты, а также преходящего кататонического синдрома после введения бульбокапнина.

Большое значение в этиологии шизофрении придается нарушению функций желез внутренней секреции, особенно щитовидной железы и половых желез. Недаром больные шизофренией обычно сексуально неактивны. Даже при современных методах лечения шизофрении отрицательно сказывается недостаточность функции щитовидной железы.

Некоторые исследователи являются сторонниками наследственных влияний при шизофрении, другие же придают значение в этиологии шизофрении тяжелым переживаниям личности.

Исходя из вышеизложенного, следует полагать, что шизофрения является полиэтиологическим заболеванием.

В медицинской практике иногда встречаются больные, которым можно поставить диагноз шизофрения, но, несмотря на наличие чрезвычайно сходной с шизофренией симптоматики, это будет все же не шизофрения, а так называемая шизофреническая реакция психогенного происхождения.

Эти реакции впервые описал московский психиатр П. Б. Ганнушкин в 1914 г. В последующем они были описаны и в зарубежной психиатрической литературе Поппером и Каном.

Надо полагать, что соматические заболевания, в частности инфекции и интоксикации, истощение организма, психические травмы — вот все то, после чего может развиться шизофреническая реакция.

Протекает она преимущественно или в галлюцинаторно-параноидной или в кататоно-параноидной формах.

Неотъемлемой особенностью шизофренических реакций является краткосрочность их течения и выздоровление.

В дифференциально-диагностическом отношении, помимо быстрого улучшения (2—3 недели, 1,5—2 месяца), можно отметить, что при шизофренических реакциях в отличие от настоящей шизофрении сохраняется аффективный контакт с действительностью и не наблюдается грубых дефектов личности.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОЗОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ. ПАРАФРЕНИИ, ПАРАНОЙЯ

Чтобы закончить описание шизофрении, необходимо остановиться на вопросах лечения этого заболевания.

Кроме применения общего режима, мы лечим больных шизофренией со времен И. П. Павлова прежде всего патогенетически.

Если шизофрения — хроническое гипнотическое состояние, и болезнь в значительной мере представляет собой еще физиологическую меру защиты корковых клеток путем торможения, то естественна мысль усилить это «охранительное» торможение и тем самым помочь борющемуся против болезни организму. Поэтому при наличии у больных шизофренией тормозной симптоматики еще в 1935 г. И. П. Павловым была введена терапия длительным сном. В зарубежной психиатрии уже и раньше применялась «сонная» терапия, но только в отношении возбужденных больных с целью их некоторого успокоения.

В 1935 г. мы держали в глубоком наркотическом сне в течение десяти дней двенадцать человек больных шизофренией. Уход за этими больными был очень труден: С 4—5-го дня наркоза они производили впечатление отравленных людей, их сон был далеко не физиологическим. Силы больных поддерживались питательными клизмами и глюкозой, ежедневно вводился и физиологический раствор.

Круглосуточное дежурство, кроме ассистентов-психиатров, несли и ассистенты-терапевты. Этот первый опыт

дал хорошие результаты. Состояние большей половины больных резко улучшилось в первые же дни после пробуждения. Однако в этом способе лечения было немало недостатков и трудностей. К сожалению, И. П. Павлов не успел даже подробно обсудить с нами каждого отдельного больного, подвергавшегося длительному, десятидневному сну, и довести до конца начатое им дело. Он успел лишь указать, что лечение длительным сном, при всей своей обоснованности, требует радикального улучшения и максимального приближения к физиологическому сну со сведением токсических явлений до минимума.

После смерти И. П. Павлова мы продолжали изучение и совершенствование лечения сном больных шизофренией. В настоящее время мы не применяем длительного непрерывного сна, а просто путем дачи барбамила стараемся довести суточный сон больного до семнадцати-восемнадцати часов. 2—3-недельный срок лечения в ряде случаев (до 35—40%) дает значительное улучшение, хорошие ремиссии. Прерывистый сон терапевтически менее эффективен, чем непрерывный. Его выгодно комбинировать с инсулинотерапией для повышения результативности.

Вторым активным методом является лечение больных шизофренией инсулиновыми гипогликемическими состояниями.

Напомню, что впервые инсулинотерапию ввел Закель в 1935 г. в Вене. Инсулин дается в повышающихся и понижающихся дозах. Мы начинаем с 5 международных единиц и повышаем дозу ежедневно на 5 единиц до наступления выраженного гипогликемического состояния («субшока»), затем больной получает внутривенное вливание 40% раствора глюкозы, пьет сладкий чай, а вскоре и обедает. Обычно на дозе в 70—80 единиц наступает субшоковое состояние. От 40 минут до 1,5—2 часов мы держим больного в этом состоянии, а затем купируем его глюкозой и сладким чаем. В ряде случаев мы доводим состояние больного и до глубокого шока.

Так повторяется изо дня в день в течение месяца. Курс заканчивается постепенным снижением дозы инсулина в течение нескольких дней.

Инсулинотерапия, начиная от инъекции инсулина и вплоть до купирования гипогликемического состояния, проводится под врачебным контролем. Кроме камфары, кофеина, глюкозы у нас всегда под руками лобелин, адре-

калин — все средства, которые могут экстренно понадобиться, если бы субшок перешел в затяжной тяжелый шок. В редких случаях, несмотря на купирование гипогликемии, она может самопроизвольно повториться (возвратный шок). Вот почему дежурный персонал специально наблюдает круглые сутки за инсулиновыми больными и имеет всегда в запасе сахар и глюкозу. Мы отмечаем в среднем до 40% хороших ремиссий у больных шизофренией при лечении их инсулином.

Каков механизм действия инсулинотерапии? Трудно с исчерпывающей полнотой ответить на этот вопрос. Но надо полагать, что при инсулинотерапии получается своеобразная, по словам А. Г. Иванова-Смоленского, «мобилизация деятельности вегетативной нервной системы», и это способствует более активной и успешной борьбе организма с неизвестным нам токсическим фактором, лежащим, очевидно, в основе шизофренического процесса. Не лишено значения также и то, что больные шизофренией обычно хорошо засыпают после купирования очередного шока.

Хорошие результаты дает комбинированный метод лечения: прерывистый, медикаментозно-удлиненный сон (т. е. усиление «охранительного торможения») и инсулинсубшоковая терапия (подавление источника токсикоза путем вегетативной мобилизации). При этом возможны различные вариации. В частности, можно начинать с сонной терапии, а с 11—12-го дня переходить на 2,5—3-недельный курс инсулина или наоборот.

Третий метод активного лечения больных шизофренией — судорожная терапия. Впервые она была применена венгерским психиатром Медуна в 1935 г. Вводя судорожную терапию, он исходил из мысли, что шизофрения и эпилепсия не встречаются, по его наблюдениям, одновременно у одного и того же больного. Предполагая, что эпилепсия как-то противопоставляется шизофрении, Медуна начал вызывать различными фармакологическими средствами судорожные припадки у больных шизофренией. В настоящее время этот метод лечения применяется в форме электросудорожной терапии, т. е. эпилептиформные припадки вызываются пропусканием электрического тока через головной мозг больного.

В ряде случаев электросудорожная терапия дает хорошие результаты. Рекомендуется применять ее в тех

случаях, когда лечение сном, инсулином, а также и новейшими препаратами не дает желаемых результатов и ремиссия не наступает. Электросудорожная терапия может вызвать в головном мозгу точечные кровоизлияния, поэтому ее и применяют только после безрезультатности остальных методов лечения.

Обычно мы проводим один сеанс электросудорожной терапии в 5—6 дней. Курс лечения колеблется от 3—4 до 7—8 сеансов. Хорошие случаи ремиссии наблюдаются в 35—40%.

Мы наблюдали случаи, когда некоторые больные шизофренией с наличием тормозной симптоматики дают почему-то улучшение не от методов лечения с усилением торможения, а, наоборот, от электросудорожной терапии, т. е. при лечении, устраняющем тормозное состояние.

Как же объяснить, что шизофрения излечивается то методом усиления «охранительного» торможения, то, наоборот, при помощи устранения торможения (ЭСТ).

В нашей клинической лаборатории по изучению патофизиологии высшей нервной деятельности человека заняты специальным исследованием особенностей тормозных процессов у больных шизофренией.

По И. П. Павлову «охранительное» торможение является по существу самого механизма действия еще физиологией, физиологической мерой.

Если состояние «охранительного» торможения близко к нормальному, физиологическому, то и подвижность тормозного процесса естественно было бы ожидать сохраненной.

В случаях снижения подвижности тормозных процессов, их медленного возникновения, их инертности можно думать о «застойном» торможении.

В исследованиях нас специально интересовала подвижность торможения в первом и во втором случаях.

В качестве критерия этой подвижности мы избрали скорость развития угасательного торможения.

При исследовании 56 больных шизофренией оказалось, что в свежих случаях заболевания от 2—3 месяцев до 1—1,5 лет, когда следует считать торможение еще «охранительным», угашение выработанного условного рефлекса при применении условного раздражителя без сопровождения его подкреплением безусловным рефлек-

сом наступало со второго — третьего применения раздражителя, т. е. так же, как и у здоровых людей.

При давности заболевания в 2—3—5 и больше лет у больных шизофренией угасание условного рефлекса при тех же условиях наступало значительно медленнее, при десятом — двенадцатом применении условного раздражителя.

В первом случае торможение подвижно, угасание развивается легко и быстро, торможение является «охранительным». Во втором случае торможение инертно, угасание развивается значительно медленнее, труднее, торможение стало уже «застойным».

При наших исследованиях «застойное» торможение мы наблюдали у больных шизофренией с большой давностью заболевания. При относительно свежих заболеваниях было «охранительное» торможение.

Таким образом, мы приходим к выводу, что «охранительное» торможение у больных шизофренией несомненно имеет место в первые месяцы, год, полтора года от начала заболевания. В последующих же стадиях шизофренического процесса торможение теряет свои «охранительные» функции и становится инертным, «застойным».

С известным успехом больным шизофренией применяется и терапия инъекциями взвеси серы, вызывающей повышение температуры тела.

В благоустроенных больницах выздоравливающие больные шизофренией привлекаются к работе в специальных лечебных мастерских (переплетная, столярная и т. д.). Эта трудовая терапия способствует укреплению начинающейся ремиссии у больных.

Больных шизофренией, вышедших в состояние ремиссии, надо незамедлительно выписывать из больницы в благоприятные домашние условия, так как при перемене обстановки разрывается цепь раздражений (больничных впечатлений), вошедшая в условнорефлекторную связь с болезненным состоянием больного. Впервые эту мысль высказал проф. В. К. Федоров.

Не следует забывать, что любой активный метод лечения должен сочетаться и с психотерапевтическим обаянием личности врача.

В качестве психопрофилактических мероприятий против возможности заболевания шизофренией можно было бы рекомендовать:

а) отсутствие излишней психической травматизации в возрасте полового созревания;

б) отсутствие умственной перегрузки в том же возрасте;

в) наличие систематического практического труда в коллективе (хотя бы участия в общественных играх), что мешает развитию аутистических установок;

г) наличие физкультурной закалки с ранней молодости, как фактора, ослабляющего действие экзогенных вредностей.

В последнее время психиатрия обогатилась двумя активно действующими лечебными препаратами. Это серпазил и аминазин. Оба средства применяются главным образом при лечении шизофрении и дают хороший результат не только в острых случаях, но довольно часто и при давних (3—4 года) сроках заболевания.

Серпазил (иначе резерпин) представляет собой алкалоид индийского папоротника, выпускается в таблетках. Лечение больных шизофренией начинают с 1—2 таблеток, постепенно увеличивая дозу, доходят до 16 таблеток в день (каждая таблетка содержит 0,25 *мг* алкалоида). Курс лечения продолжается в среднем 1,5—2 месяца, иногда меньше или несколько больше в зависимости от индивидуальности случая.

Надо все время наблюдать за кровяным давлением, оно резко падает, особенно в начале лечения. Приходится даже делать перерывы на 1—2 дня в приеме препарата. Конечно, в клинике должен быть полный арсенал сердечных средств.

Кроме резерпина существует еще и другой препарат из индийского папоротника, так называемый гендон.

Аминазин представляет собой синтетический препарат. Полное химическое его название следующее: хлоргидрат-N-(3-диметиламинопропил)-2-хлорфенотиазина. Это порошок белого или кремового цвета. Вводится внутримышечно в 2,5% растворе с новокаином. При приготовлении растворов нужно быть осторожным, так как от соприкосновения кожи рук с аминазином легко развиваются дерматиты. В тех случаях, когда препарат в таблетках дается внутрь, его лучше брать пинцетом. Обычная доза аминазина от 200 до 300 *мг* в день. Можно давать и до 400 *мг* в день. Начальные дозы в первые дни 25—50 *мг*, затем идет постепенное увеличение дозы.

Курс лечения от 1,5 до 2—3 месяцев в зависимости от индивидуальности случая и наступающей ремиссии. Во время курса аминазинотерапии необходимо контролировать функции печени, периодически исследовать кровяное давление, раз в 3—4 дня определять скорость свертывания крови.

При сильном падении кровяного давления, резком ускорении свертываемости крови, нарушении функций печени лечение аминазином временно прекращается, а в дальнейшем он применяется с большей осторожностью и в меньших дозах.

По нашим данным, аминазин действует хорошо при лечении больных шизофренией. В целом ряде случаев, даже при длительности заболевания в несколько лет, отмечаются благоприятные результаты.

Аминазин действует успокаивающе на возбужденных больных, усиливает процесс торможения в коре. Больные начинают больше спать и при продолжающемся лечении выходят в скором времени в состояние ремиссии.

Имеется специально разработанная инструкция Министерства здравоохранения СССР по применению аминазина в психиатрических учреждениях, предупреждению возможных осложнений и борьбе с ними.

В нашей клинике больные, назначаемые на лечение резерпином (серпазилом) и, в особенности, аминазином, консультируются терапевтами как перед началом лечения, так и во время лечения по мере надобности.

В последнее время мы стали проводить с хорошим успехом комбинированное лечение инсулином и аминазином. Инсулин дается в 9 часов утра; купирование гипогликемического состояния производится между 13 и 14 часами. Аминазин впрыскивается в 16 и в 22 часа.

Перейдем к более глубокому рассмотрению психозов шизофренической группы.

Немецкий психиатр Крепелин выделял в самостоятельную единицу так называемые п а р а ф р е н и и — психозы, близко стоящие к параноидной форме шизофрении. При парафрениях не всегда бывает распад личности, а если и бывает, то в очень поздних стадиях течения болезни. Волевые и аффективные расстройства при этом заболевании значительно менее выражены, чем при шизофрении. Болезнь начинается в более позднем возрасте, не бывает кататонических симптомов, не наблюдается разо-

рванности мыслительного процесса. В 35—40-летнем возрасте появляется раздражительность, нарастает подозрительность, скоро возникают идеи отношения. Все это обычно сопровождается слуховыми галлюцинациями. Развивается довольно систематизированный бред преследования. Поведение больных долгое время остается внешне упорядоченным, и у больного сохраняется даже работоспособность. Только спустя годы начинают наблюдаться странности в поведении, проскакивают непонятные построения речи, но все же не наступает аффективной тупости, эмоциональная сфера сохраняется живой.

Различают четыре группы парафрений: систематизированная, экспансивная, конфабуляторная, фантастическая.

При систематизированной парафрении болезнь развивается исподволь, медленно. Вследствие подозрительности и развивающегося бреда преследования больные изменяют место работы, переезжают из одного города в другой, скрываясь от своих «преследователей». Слуховые галлюцинации присоединяются иногда лишь через несколько лет. В некоторых случаях идеи преследования переплетаются с бредом величия. Течение болезни очень медленное. Даже через 15—20 лет у больных остается в сохранности эмоциональная живость.

Экспансивная парафрения сопровождается приподнятым настроением, при ней развивается бред величия большей частью религиозного или эротического содержания. В картине болезни наблюдаются зрительные галлюцинации. Иногда возникает возбуждение с маниакальной окраской. Эта форма чаще встречается у женщин.

При конфабуляторной парафрении в картине болезни на первом плане конфабуляции. При ясном сознании больной рассказывает о преследованиях, фактически не имевших места.

Фантастическая парафрения характеризуется изменчивыми бессмысленно-фантастическими бредовыми идеями. Чаще встречается у мужчин.

Парафрении отличаются от шизофрений поздним появлением галлюцинаций, когда бредовые идеи уже развились. Характерна эмоциональная живость и относительно правильное поведение больных.

Патологическая анатомия парафрении указывает на существование деструктивного процесса в мозгу больных

с большой давностью течения болезни. В качественном отношении этот деструктивный процесс похож на шизофренический, но протекает он более вяло и медленно.

Парафрении встречаются не слишком часто, и многие психиатры, сомневаясь в их нозологической самостоятельности, считают их особой разновидностью шизофрений с медленным течением болезни и с долго не наступающими аффективно-волевыми расстройствами.

При основных формах шизофрении (простая, гебефреническая, кататоническая и параноидная) течение болезни большей частью непрерывное. Если и бывают ремиссии, то они неглубокие и после каждого приступа явления психического ущерба и распада личности оказываются все более значительными. Довольно часто уже после второй ремиссии наступает непрерывное течение.

При циклическом течении шизофренического процесса шизофренический дефект в светлых промежутках сказывается нерезко. Больные сохраняют работоспособность после 7—8 и даже 10 приступов. По данным Блейлера, выраженное слабоумие при циклических формах шизофрении даже после 10—12-летнего течения болезни наблюдается лишь в 10—15% случаев.

К формам шизофрении с циклическим течением относятся прежде всего циркулярная шизофрения и депрессивно-параноидная шизофрения.

Циркулярную шизофрению в прежнее время, до выделения шизофрении в самостоятельную нозологическую единицу, описывали как смешанный психоз и называли везанией. Дело в том, что в маниакальной фазе циркулярной шизофрении наблюдается бред, появляется разорванность мышления, бывают отдельные кататонические симптомы, сознание может быть неясным, нет характерной для маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза продуктивности. Все это указывает на своеобразность маниакального состояния с наличием бреда и спутанности.

Депрессивная же фаза циркулярной шизофрении сопровождается ажитацией, бредом преследования, галлюцинациями и расстройствами мышления с явлениями психического автоматизма.

Другими словами, мы наблюдаем депрессию с бредом, ажитацией, спутанностью и мозговым автоматизмом.

Депрессивно-параноидная форма циркулярной шизо-

френии характеризуется тем, что во время приступа болезни наблюдается тревожно-подавленное настроение с ажитацией. Такое состояние напоминает депрессивную форму инволюционного психоза. Эта депрессия обычно сопровождается бредом (больные считают, что им грозит смертная казнь, что их близкие должны погибнуть), слуховыми галлюцинациями. Возможны попытки к самоубийству. Заболевание протекает приступами. Глубокие ремиссии наступают спонтанно.

К циркулярной шизофрении можно отнести еще и следующие случаи. Иногда встречаются больные, у которых периодически остро наступает фантастический, но паралитически нелепый бред величия. Он сопровождается псевдогаллюцинациями и фантастическими конфабуляциями. Ремиссии достаточно глубокие. Такую форму можно было бы назвать периодической парафренией.

Ранее уже говорилось, что при кататонической форме шизофрении сознание не помрачено. Такие больные запоминают все, что происходит вокруг, и могут после выздоровления рассказать об этом. Они обычно говорят, что во время болезни у них не было сил двигаться, окружающее не находило отклика в душе и т. д. Это люцидная форма кататонии. Но есть еще и другая форма кататонии, благоприятно протекающая, с хорошими ремиссиями, которую по праву нужно отнести к шизофрении с циклическим течением. Это так называемая онейроидная кататония. Для нее характерно на общем фоне кататонических явлений развитие онейроидных изменений сознания с наплывом ярких, сновидных фантастических переживаний, больные продуцируют яркий фантастический бред.

Патофизиологически: при онейроидной кататонии торможение в коре распространенное, но неглубокое; при люцидной же кататонии оно, видимо, ограничивается двигательным анализатором, но зато более интенсивное и спускающееся глубже вниз.

Онейроидную кататонию можно назвать интермиттирующей шизофренией, так как дефект личности при ней наступает очень поздно.

Следует ознакомиться еще с некоторыми вариантами течения шизофренических психозов, с вялопротекающими или неврозоподобными формами шизофрении.

По своему происхождению вялопротекающие формы шизофрении являются как бы до бесконечности затянув-

шимися начальными проявлениями основных форм шизофрении. Возникают они, вероятно, в связи с большей сопротивляемостью организма болезни. Диагностика этой формы шизофрении чрезвычайно трудна, и мы о ней можем говорить тогда, когда устанавливаем, что описанное состояние начальных проявлений длится уже много лет.

Можно выделить следующие варианты вялопротекающей формы шизофрении: неврозоподобные картины с явлениями навязчивости, случаи с преобладанием ипохондрического синдрома, паранойяльные картины и, наконец, случаи с истерическими проявлениями.

Кроме того, вялопротекающая форма шизофрении выражается еще и в психопатоподобных явлениях.

Наблюдения показали, что случаи с преобладанием навязчивости, ипохондрии, паранойяльности и истерических проявлений по истечении многих лет все более приближаются к параноидной форме шизофрении. Психопатоподобные же явления переходят впоследствии в простую форму шизофрении.

Вялопротекающая, неврозоподобная шизофрения — это случаи параноидной и отчасти простой шизофрении с затянувшимся периодом инициальных явлений на длительный срок.

Диагностика этих случаев требует большого искусства. При дифференцировании от настоящих психопатий надо помнить, что в случаях психопатоподобной шизофрении обычно удается установить начало болезни с определенного времени. При дифференцировании от неврозов необходимо учесть, что невроз — это психогенная реакция и в анамнезе всегда можно обнаружить роль психогенной травмы. Неврозоподобная шизофрения обычно начинается без травм.

Личность больного с вялопротекающей шизофренией изменяется в целом, нарастает отчужденность, замкнутость, наступает сужение круга деятельности, но не интересов для себя (больной интересуется многим, но делится своими мыслями с окружающими все реже). Появляется холодность, разговор даже с близкими не получается. И в то же время возникают и быстро развиваются различные навязчивости. В дальнейшем присоединяются и фобии. Обращает внимание, что больные относятся к навязчивым переживаниям равнодушнее, чем обыкновенные психастеники.

Временами у больных удается установить наличие отдельных окликов, изредка возникающих идей отношения, расстройств мышления в виде параллельно возникающих, перебивающих одна другую или обрывающихся мыслей.

Через несколько лет изменения личности становятся выраженными, бред отношения делается стойким. Всем становится ясно, что это случай шизофрении.

Такова неврозоподобная шизофрения с навязчивостями.

В других случаях вялопротекающая шизофрения может выражаться в упорном ипохондрическом синдроме, длящемся много лет с небольшими колебаниями в интенсивности болезненных явлений.

Как пример приводим данные из истории болезни.

Больной А., 37 лет. Наблюдаются упорные ипохондрические идеи. По его мнению, он неизлечимо болен какой-то желудочной болезнью. Уверен, что у него не то язва, не то начинающийся рак желудка. Врачи «не говорят правды». Эти ипохондрические идеи то усиливаются, то ослабевают. Больной не оставляет работу, справляется с должностью заведующего пошивочной мастерской, но часто берет больничный лист и ложится в постель, считая себя тяжело и безнадежно больным. Раздражителен в семье, считает, что она не верит в тяжесть его заболевания. Лечился у всех терапевтов и невропатологов города, последнее время периодически находился под наблюдением психиатра. Объективно у больного, кроме небольшого повышения кислотности желудочного сока, терапевты ничего не находят. Временами, кроме сенестопатий (болезненных ощущений), больной испытывает еще и дизморфофобии, т. е. высказывает бредовую убежденность в неправильном строении своего тела.

Следующей разновидностью вялотекущей шизофрении может явиться паранойяльный вариант.

Больной меняет работу, переходит с одного места на другое, так как к нему «плохо относятся» (идеи отношения). В дальнейшем развивается замкнутость, появляются оклики.

Наконец, последний вариант рассматриваемой группы — истерические расстройства. Они носят однообразный, монотонный характер, постепенно нарастают и существуют вне зависимости от жизненных обстоятельств. Иногда присоединяются навязчивые влечения. Бросается в глаза наличие массовых истерических проявлений при развивающемся эмоциональном оскудении. В дальнейшем присоединяются явления психического автоматизма, развивается замкнутость.

Психопатоподобный вариант вялотекущей шизофрении начинается в некоторых случаях с явлений сексуальной распущенности, пьянства, бродяжничества. Личность несколько огрубевает. Больные становятся эгоистичными, не интересуются родными, но продолжают учиться, работать, не обнаруживают явного падения психической активности и поэтому установить сразу шизофрению не удается. В других случаях психопатичность может выразиться в том, что юноша или девушка перестают заниматься и у них развиваются не соответствующие их возрасту интересы. Они начинают читать массу книг на философские темы, не усваивают прочитанного, все свои остальные дела забрасывают, прекращают нормальную учебу, происходит то, что называется «философической интоксикацией». Диагностирование шизофрении здесь также удается лишь со временем.

Некоторыми авторами в помощь при диагностировании вялотекущих форм шизофрении описаны отдельные микропсихотические симптомы. Это, например, частые головные боли с характерным «распирающим» череп оттенком, различные, множественные парестезии. Затем оклики и гипногогические галлюцинации, своеобразные микрокататонические явления в виде частого поднимания бровей, стереотипных движений языком. Наконец, рудиментарные параноидные явления, как, например, недоверчивость, беспричинные антипатии, нерезко выраженные идеи отношения и т. д.

Диагностика всех вышеприведенных форм может быть установлена не путем констатации отдельных симптомов, а на основании всестороннего исследования больного, целостного изучения его личности и длительного наблюдения.

Встречается еще один чрезвычайно редкий психоз — паранойя. Ее следует отнести к реактивным психозам. Но среди них паранойя занимает несколько обособленное место. Она представляет собой патологическое развитие личности на почве длительных, повторных переживаний.

Под паранойей понимается такое заболевание, когда путем болезненной переработки жизненных событий исподволь развивается непоколебимая бредовая система при полной сохранности и упорядоченности мыслей, воли и действий.

Бред становится миросозерцанием больного, он неотделим от его личности.

Чаще всего у параноика развивается строго систематизированный бред преследования, величия в форме различных изобретательств. Встречается бред высокого происхождения, религиозный или эротический.

Память и способность к запоминанию у больных не нарушена, но очень часто наблюдаются обманы воспоминаний, они играют значительную роль в бредовом истолковании прошлого.

Галлюцинаций у параноиков в собственном смысле этого слова почти не бывает, если они временно появляются, то играют второстепенную роль. Зато часто наблюдаются иллюзорные толкования, особенно ночью.

Настроение больных связано и зависит от того или другого содержания бреда, сознание болезни отсутствует. Поведение часто бывает правильным. Больной продолжает исполнять свои обычные обязанности. Паранойя развивается постепенно, обычно в возрасте после тридцати лет. Дифференцирование от параноидной формы шизофрении и от парафрении незатруднительно. У параноика бред очень хорошо систематизирован, обычно отсутствуют галлюцинации и нет наклонности к деградации.

Приведу слова И. П. Павлова о том, как он представлял себе развитие паранойи.

Павлов пишет:

«Возьмем человека возбудимого типа, т. е. такого, у которого раздражительный процесс не уравновешен тормозным. Пусть в его эмотивном (инстинктивном) фонде преобладает довольно частое стремление к превосходству. С детских лет он сильно желает выдвигаться, быть первым, вести за собой других, вызывать восхищение и т. д. Но природа не снабдила его вместе с тем никакими выдающимися талантами, или они у него и были, но, к его несчастью, либо не оказались опознанными в свое время, либо жизненные обстоятельства не позволили приложить их к делу, и человек концентрировал свою энергию на деятельности, ему несвойственной. Неумолимая действительность при этом естественным образом отказала ему в том, к чему он стремился: не было ни влияния, ни лавров, а наоборот,— заслуженный отпор и толчки, т. е. беспрерывная сшибка. Оставалось покориться, примириться с ролью скромного труженика, т. е. затормозить свое

стремление. Но ведь необходимого торможения не было, а эмоция неотступно, властно требовала своего.

Отсюда — сначала дальнейшие чрезвычайные, но тщетные усилия в своей неудачной профессии или переход на другую с тем же результатом, а затем по свойству типа (сильного) уход во внутреннее удовлетворение с постоянным и ярким представлением о своих настоящих или мнимых дарованиях и жизненных правах и привилегиях вместе с пособническим представлением о намерениях, помехах и преследованиях со стороны окружающих. Наступает, естественно, достаточно обусловленная фаза патологической инертности соответственных пунктов коры, которая уничтожила последний остаток торможения в них. И теперь обнаруживается абсолютная сила идеи, которая не активным торможением на основании других ассоциаций, других сигналов, свидетелей действительности, а пассивным торможением, процессом отрицательной индукции исключила все ей не соответствующее и превратилась в фантастическое представление о мнимом величии, о мнимых успехах.

Так как эмоция живет до конца жизни субъекта, то вместе с ней существует и больная идея, но последняя остается изолированной, не мешая всему тому, что не соприкасается с ней. Перед нами истинная параноя»[1].

Теперь приведу литературный пример паранойи, заимствованный у профессоров Гуревича и Серейского.

«**Больной К.,** 46 лет. Отец — алкоголик, психопат, покончил жизнь самоубийством, мать — истеричка, сестра морфинистка.

Больной рос физически слабым. Учился средне. Всегда был склонен к уединению, фантазиям. Окончил среднюю сельскохозяйственную школу и работает в качестве агронома. Алкоголем не злоупотребляет, сифилисом не болел. Последние 5—6 лет стал особенно уединяться, занят какими-то вычислениями, скрытен, недоверчив, что-то пишет по ночам. Стал очень высокомерен с людьми, высказывал мысли о том, что он разгадал мировую загадку, может предсказать будущее, ему открыты тайны вещей и событий. Работал над продолжением Брюсова календаря, подавал заявления в разные институты с предложением о реформе календаря, делал предсказания погоды на много лет вперед. В то же время продолжал исполнять служебные обязанности, хотя и производил на окружающих впечатление странного, не вполне нормального человека.

Помещенный по просьбе брата в клинику, больной признает, что стал в последнее время нервным вследствие переутомления,

[1] И. П. Павлов, т. III, кн. 2, стр. 262, 263.

психически же считает себя вполне здоровым. Больной уверен, что ему удалось открыть «тайну чисел», что он владеет методом познания, который приведет к перевороту в науке. Он может предсказывать будущее, некоторые современные события были им будто бы предсказаны. Многое он еще не может обнародовать, так как еще не закончил построения новой системы знаний, но некоторые его изобретения в виде продолжения Брюсова календаря и других работ уже и сейчас, по его мнению, могут быть применены. Больной совершенно убежден в правильности своих идей и не поддается разубеждению. Считает, очевидно, себя великим человеком, хотя прямо этого и не высказывает.

Речь больного правильная, иногда несколько витиевата. Склонен к резонерству. Галлюцинаций никогда не было. Интеллект не снижен. Поведение в клинике правильное, держится с достоинством; настроение слегка повышенное, иногда несколько раздражителен. Занят вычислениями. Соматически без особенностей, телосложение астеническое; неврологически никаких отклонений.

Выписан в том же состоянии.

Диагноз: паранойя».

ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ

Теперь мы познакомимся с психическими заболеваниями, возникающими на почве имевшего место в прошлом заражения сифилисом. Речь идет о прогрессивном параличе (paralysis generalis progressiva alienorum).

В дореволюционные годы прогрессивным параличом заболевало 4,67% всех сифилитиков. В настоящее время прогрессивный паралич в нашей стране почти не встречается.

Если поинтересоваться количеством случаев вскрытий больных прогрессивным параличом в прежние годы, то в процентном отношении к общему числу вскрытий умерших в психиатрических больницах паралитики составили 48,4% в 1913 г.

Впервые заболевание, которое теперь называется прогрессивным параличом, встречается у французского психиатра Эскироля, который около 150 лет тому назад писал, что если психическое заболевание сопровождается расстройством речи, то такие больные обычно скоро погибают. «Поражение речи есть признак смертельный»,— писал Эскироль.

Для больных прогрессивным параличом действительно характерны речевые расстройства, и в прежнее время паралитики, как правило, умирали в конце второго или на третьем году заболевания.

Впервые, как нозологическая единица, прогрессивный паралич описан в 1822 г. Байлем, а вслед за ним в 1826 г. Кальмейлем.

Начальной характеристикой этого заболевания в те годы служило своеобразное сочетание психических и физических симптомов поражения центральной нервной системы.

Русские авторы Мержеевский в 1878 г. и Тютчек в 1884 г. занимались патогистологическими исследованиями. Они описали распад тангенциальных нервных волокон, как характерное изменение в мозгу паралитиков. Нашим исследователем Пятницким в 1911 г. были обнаружены бледные спирохеты в коре мозга умерших от паралича, а в 1914 г. то же открытие было описано японцем Ногучи.

Для возникновения паралича мало одного заражения сифилисом, нужны еще какие-нибудь дополнительные факторы. К этим дополнительным факторам мы относим хроническое злоупотребление спиртными напитками, травмы черепа, умственное перенапряжение. Кроме того, можно думать и о наличии особых, как бы нейротропных, бледных спирохет.

Обычно сифилитики при наличии этих добавочных факторов заболевают параличом лет через 10—12 после заражения сифилисом, преимущественно в возрасте от 30 до 45 лет.

Ранние признаки начинающегося прогрессивного паралича внешне напоминают собой неврастению, поэтому начальная стадия его называется неврастенической.

Больной жалуется на быструю утомляемость, плохой сон. Близкие к больному люди отмечают у него повышенную раздражительность, которая обычно быстро сменяется апатичностью и вялостью (раздражительная слабость).

На фоне описанного неврастенического состояния у больных начинают появляться дополнительные черты в их поведении; они становятся менее чуткими и начинают терять стыдливость. Родные замечают, что больной, прежде всегда хороший муж и любящий отец, стал мало интересоваться семьей, не радуется жизненным успехам членов семьи и равнодушен к встречаемым ими трудностям. Кроме того, больной, раньше отличавшийся аккуратностью, временами стал выходить к чужим людям полураздетым, стал позволять себе нецензурные выражения, высказывать циничные замечания в женском обществе. Известно, например, что французский писатель Мопассан, погибший от прогрессивного паралича, обратил на

себя внимание в самом начале своей болезни следующей выходкой, о которой рассказывает Анатоль Франс. Последний как-то приехал в гости к Мопассану и застал у него большое званое общество. Анатоль Франс извинился и хотел тотчас же удалиться, так как не был одет соответствующим образом. Мопассан стал его задерживать, не пускать и тут же при всем собравшемся избранном обществе снял свой фрак, предлагая А. Франсу одеть его на себя и остаться.

Можно отметить еще одно нарушение у больных параличом в конце первого периода болезни. Больные начинают делать на службе ошибки в своей работе, подчас довольно грубые, и сами их не замечают, не корригируют. Когда сослуживцы обращают их внимание на это, то больные встречают эти замечания довольно безразлично, равнодушно.

На фоне таких сравнительно безобидных расстройств остро возникает нелепый бред, большей частью бред величия: больной мнит себя повелителем стратосферы, владыкой мира, всемирным миллиардером.

Иногда развивается нигилистический бред: больной утверждает, что у него сгнили внутренние органы, нет сердца, исчезли легкие и т. д.

С момента возникновения бредовых идей у больных параличом начинается вторая стадия болезни.

Настроение у больных обычно беспечно-благодушное, т. е. наблюдается эйфория. Они слабодушны, легко умиляются, готовы плакать по пустякам, их легко убедить в чем-либо, кроме их бредовых идей.

Во второй стадии паралича начинают быстро нарастать явления слабоумия. У больных ослабевает память, нарушается внимание. Они не в силах правильно отнимать от ста по семи, делают это неизбежно с ошибками, особенно при переходе с одного десятка на другой. Прочитав небольшой отрывок в газете, не могут тут же рассказать его, так как сразу забывают содержание прочитанного. Пишут с пропусками, выпадениями в словах отдельных букв, в некоторых случаях пропускаются целые слоги. Иногда больной переставляет в слове буквы с одного места на другое, не замечая этого. Почерк становится угловатым, прямые линии не удаются, получаются как бы уступы из-за дрожания рук. Быстро надвигается глубокое слабоумие, и больной из второй стадии болезни пе-

реходит в третью. Когда же к выраженному слабоумию присоединяются физические параличи, наступает последний, четвертый, период болезни, и больной вскоре погибает при явлениях маразма.

Психопатологические явления при прогрессивном параличе обычно сопровождаются целым рядом неврологических расстройств. Прежде всего, это симптом Арджиль — Робертсона, который заключается в отсутствии (или заметном ослаблении) сужения зрачка в ответ на усиление освещения при сохранности реакции сужения зрачка во время аккомодации и конвергенции. Часто наблюдается неравномерность зрачков — анизокория. Иногда зрачки теряют свою правильно круглую форму, становятся овальными или удлиненными в одном направлении.

Одним из важных симптомов является расстройство речи — дизартрия. Больной не может плавно произнести слово, он спотыкается на слогах, отдельные слоги пропускает или же, наоборот, повторяет. Если в разговоре с больным эти нарушения речи не бросаются в глаза, то ему предлагают произнести какое-либо трудное сочетание слов и тогда этот симптом выступает отчетливо. Например, просят больного сказать пять раз подряд: «Тридцать третья артиллерийская бригада». При третьем или четвертом произнесении больной скажет примерно так: «Тридцать третья артиллелерийская бригада» или «Тридцать третья артиллерская бригада».

Дизартрия вызывается атактическим, дистактическим характером речевых движений, которые зависят от фибриллярного подергивания мышц языка, лица, мягкого нёба.

Кроме дизартрии, наблюдается еще и логоклония. Она выражается в повторении по нескольку раз последнего слога в слове. Например, больной говорит: «Антонтонтон, Николайлайлай» и т. п. Можно думать, что логоклония зависит от своеобразного судорожного состояния центров речевой артикуляции.

К особенностям течения прогрессивного паралича относятся так называемые паралитические припадки. Это либо частые и глубокие обморочные состояния, либо эпилептоидные или апоплектоидные припадки. Обычно припадки у паралитиков довольно быстро проходят (например, апоплектоидный припадок не вызывает после себя особых последствий).

Меняется и страдает трофика тканей у паралитиков, нарушается и обмен веществ. Происходит деоссификация костной ткани, в связи с чем кости становятся очень ломкими. Описаны в литературе случаи перелома ребер в результате перкуссии. В моей практике наблюдался тяжелый случай перелома грудной кости при падении паралитика на пол с кровати.

В прежние времена довольно часто наблюдались особые изменения, которые приводили к резкому обезображиванию уха. В связи с различными травматическими моментами, случайными ушибами развивается кровоизлияние под надхрящницу, которое при последующем рассасывании ведет к рубцовым изменениям с образованием так называемой отематомы, обезображивающей ухо.

Своеобразна мимика прогрессивных паралитиков, она как бы напоминает спящих людей с открытыми глазами. Это связано с ослаблением иннервации нижней части лица благодаря паретическому состоянию седьмой пары черепномозговых нервов (лицевого нерва).

В то же время наблюдается выпячивание глазных яблок в связи с паретическим состоянием круговой мышцы глаза. Язык при высовывании часто отклоняется у паралитиков в ту или другую сторону в связи с односторонним парезом двенадцатого черепномозгового нерва (подъязычного нерва).

У 10% больных прогрессивным параличом наблюдается поражение зрительного нерва, что вызывает снижение зрения, вплоть до полной слепоты.

Обычно у паралитиков отмечается тремор языка, век, пальцев вытянутых рук. Коленные и ахилловы рефлексы могут оказаться неравномерными. Наблюдается задержка мочи, и больного приходится периодически катетеризировать. У некоторых прогрессивных паралитиков развиваются артропатии. Отмечается мышечная слабость, больной не может, например, с силой произвести рукопожатие.

Тягостным симптомом для окружающих представляются явления судорожного жевания у паралитиков, больной как бы скрежещет зубами. Этот симптом связан с раздражением пятой пары черепномозговых нервов (тройничного нерва).

Обычно в нелеченых случаях эти больные погибают на третьем году болезни в состоянии глубокого слабоумия с наличием физических параличей и общего маразма.

Необходимо запомнить четыре серологические реакции, наблюдающиеся у прогрессивных паралитиков. Это положительная реакция Вассермана в крови, положительная реакция Вассермана в спинномозговой жидкости, реакция Ланге и плеоцитоз.

Реакция Ланге производится со взятой на исследование спинномозговой жидкостью. При прибавлении раствора коллоидного золота к различным разведениям жидкости получается соответственно разных цветов окрашивание смесей. Эта реакция может служить целям дифференциального диагноза между прогрессивным параличом и другими психозами, возникающими в результате заражения сифилисом (психозы при сифилисе мозга).

Плеоцитоз заключается в повышенном количестве форменных элементов в спинномозговой жидкости. Обычно мы считаем, что если в одном кубическом миллиметре спинномозговой жидкости находится девять и свыше форменных элементов, то реакция плеоцитоза положительна. В норме наблюдается меньшее количество форменных элементов.

Самой частой формой прогрессивного паралича является дементная форма, охватывающая почти 50% всех случаев паралича. Следующей по частоте мы считаем экспансивную форму, на нее падает до 30% всех случаев паралича. Остальные формы более редкие: депрессивная форма, дающая приблизительно 12—13%, и ажитированная форма, на которую приходится около 7—8% всех случаев паралича.

Эти четыре формы являются наиболее типичными.

При *дементной форме* с самого начала в клинической картине господствуют явления упадка умственной деятельности. Второй период — бредовый — здесь почти не выражен, и только изредка на фоне прогрессирующего слабоумия появляются отдельные бредовые идеи нелепого содержания.

Болезнь начинается явлениями забывчивости, рассеянности и раздражительности наряду с тупостью и безразличием к явлениям окружающей жизни. Развивается ослабление критики и соображения, обеднение мыслей и полный распад умственной жизни. Больной путается в самых простых вещах, становится крайне неосмысленным в своих суждениях, забывает обыденные факты, иногда не может найти собственного жилища, не узнает близких лиц. При

этом уже с самого начала появляются характерные физические расстройства (разница в зрачках, спотыкание на слогах и пр.).

Позднее развиваются параличные явления. Иногда в течение болезни наблюдаются и отрывочные бредовые идеи. Больной может говорить, что у него нет желудка, высохли кишки, что он очень богат и знатен, обладает огромной силой, получил миллионное наследство и т. п.

При *экспансивной форме* паралича дело обыкновенно начинается с того, что у больного развивается совершенно несвойственное ему ранее легкомыслие, соединенное с повышенным самочувствием, и наряду с этим отмечается забывчивость и чрезвычайно большая поверхностность в суждениях. Постепенно суетливость и возбуждение усиливаются и появляется своеобразный бред величия. Больной считает себя очень богатым, состояние свое оценивает миллионами и миллиардами, говорит, что он скоро построит тысячу домов, заведет миллионную армию солдат, купит себе две сотни автомобилей и т. п. Себя считает необыкновенно сильным, красивым, умным и знатным; уверяет, что он одной рукой поднимает тысячу пудов, что он знает все существующие на свете языки, обладает необыкновенными талантами. Он знаком со всеми высокопоставленными лицами, запросто бывает у министров; скоро он построит дворец, роскошные квартиры для рабочих, не менее пяти тысяч школ, университетов, сам он будет читать лекции и давать публичные концерты и т. п.

Экспансивное состояние обычно тянется несколько месяцев, а затем уступает место обыкновенному слабоумию, в картину которого иногда вплетаются отрывки прежних идей величия.

При *депрессивной форме* прогрессивного паралича наблюдается подавленное, тоскливое настроение с бредом ипохондрического характера.

Ипохондрические жалобы носят чрезвычайно нелепый и бессмысленный характер, что свидетельствует о начинающемся упадке умственной жизни больного и об ослаблении критики. Нередко даже лица, хорошо знакомые с медициной (например, врачи), обнаруживают те же абсурдные бредовые идеи: «сердце сгнило», «полость живота наполнена мочой», «кишки высохли».

Иллюстрацией *ажитированной формы* прогрессивного паралича может служить следующее поведение больного:

больной находится в постоянном движении, размахивает руками, соскакивает с постели, кричит, поет, брыкается, разбрасывает пищу, бессмысленно хватает вещи и бросает их на пол, раздевается, ломает мебель, произносит непристойные ругательства, иногда становится агрессивным. Речь больного бессвязная, иногда представляет бессмысленный набор слов, среди которых проскальзывают отрывочные идеи величия, богатства и знатности. При этом больной часто не ест или ест крайне неаккуратно, хватает пищу руками, глотает ее, не пережевывая, мочится где попало, пачкается испражнениями и т. д.

Реже встречаются такие формы паралича, как циркулярная, которая характеризуется сменами состояний возбуждения и депрессии и протекает с частыми ремиссиями; кататоническая — с явлениями ступора, негативизма, мутизма, стереотипий, импульсивных действий; редко галлюцинаторно-параноидная — с наличием слуховых и зрительных галлюцинаций и соответствующим бредообразованием.

Необходимо запомнить следующие атипические формы прогрессивного паралича: стационарный паралич, табопаралич и паралич Лиссауэра. В первом случае болезнь течет с остановками, медленно, с ремиссиями. В прежние времена стационарный паралич встречался редко, в последнее время наблюдается чаще, что связано с малярийной терапией. При табопараличе мы наблюдаем одновременно две болезни: прогрессивный паралич и спинную сухотку (tabes dorsalis). Особенности лиссауэровской формы прогрессивного паралича зависят от атипической локализации болезненных изменений, главным образом в затылочных долях, вместо обычно лобных, а также и в нижнетеменных, в мозжечке и зрительном бугре. При этой форме наблюдаются дополнительно: гемианопсия, афатические, агностические, апрактические расстройства, мозжечковые симптомы. Течение болезни при этой форме медленное, к концу болезни процесс генерализуется и дает конечную стадию, сходную с обычным параличом. Часто такие больные погибают от инсульта.

Следует упомянуть еще об одной форме прогрессивного паралича, которая встречается в подростковом возрасте и развивается на почве врожденного сифилиса. В этих случаях, называемых юношеским параличом, обычно наблюдается дементная форма.

Иногда прогрессивный паралич при диагностировании приходится дифференцировать от маниакально-депрессивного психоза, но при последнем отсутствуют неврологические симптомы, нет нарастающего слабоумия; помогают в дифференцировании и серологические реакции.

Некоторые картины клинических состояний при опухолях лобных долей мозга могут напомнить картину паралича, в частности экспансивную его форму. В этих случаях при исследовании глазного дна отмечается наличие застойного соска при опухолях и отсутствие его при параличе.

Психотические картины при травмах черепа в некоторых случаях могут напоминать явления при параличе, но при травмах отсутствуют специфические зрачковые расстройства; помогает в распознавании и реакция Вассермана.

Отдельные случаи старческих психозов могут напоминать прогрессивный паралич, но при старческих психозах отсутствуют типичные паралитические расстройства речи.

Большие трудности представляет собою дифференцирование от прогрессивного паралича случаев так называемого алкогольного псевдопаралича, клиническая картина которого может быть очень похожей на настоящий паралич (характерные расстройства речи, зрачковые симптомы, слабость памяти, бред величия). Здесь можно опираться на плеоцитоз.

Патологоанатомические данные (макроскопия): утолщение и мутность мягкой мозговой оболочки, атрофия коры большого мозга, утончение извилин, внутренняя водянка, вес мозга на 100—150 *г* ниже нормы.

Из анатомических находок в других органах наиболее постоянны атероматозные изменения в аорте.

Микроскопия: перерождение миелиновых нервных волокон, гибель тангенциальных волокон, причем преимущественно в поверхностных слоях.

Белое вещество представляет собою картину большего или меньшего разрежения. Наиболее интенсивны изменения в лобных долях, по направлению кзади интенсивность поражений убывает.

Характерным для микроскопической картины паралича считается появление палочковидных клеток. Наблюдается своеобразная инфильтрация периваскулярных пространств с участием лимфоцитов и плазматических клеток.

Как мы теперь лечим прогрессивный паралич? Прививаем трехдневную малярию (malaria tertiana), вызывая у больного 15—18 малярийных приступов, затем быстро обрываем малярию хинином или акрихином и, наконец, в заключение проводим курс неосальварсанных вливаний. Малярия прививается или укусом комара (anopheles), доставленного с малярийной станции, или путем внутримышечного впрыскивания 3—4 *мл* крови, взятой у больного малярией на высоте приступа.

Лечение прогрессивного паралича имеет свою большую историю.

Еще в середине прошлого столетия доктор Саблер, работавший в одной из московских психиатрических больниц, описал улучшение состояния у психически больных в связи с тем или иным инфекционным процессом у них.

Позднее, в 1870 г., одесский врач А. С. Розенблюм с терапевтической целью привил 32 психически больным возвратный тиф. Среди них было много прогрессивных паралитиков. После излечения от возвратного тифа значительная часть больных прогрессивным параличом поправилась.

В 1917 г., идя по стопам Розенблюма, венский психиатр Вагнер фон Яурегг стал с терапевтической целью прививать больным прогрессивным параличом малярию и также стал получать хорошие результаты.

При малярийном лечении благоприятный эффект, очевидно, получается от сочетания двух факторов: гипертермии и специального влияния малярийного плазмодия на бледные спирохеты.

При одной гипертермии, получаемой, например, при внутримышечных инъекциях взвеси серы в масле, благоприятный эффект выражен значительно слабее. Впервые эта так называемая «сульфазиновая терапия» была применена больным прогрессивным параличом в нашей стране в 1927 г. мною совместно с доктором К. М. Веденеевым.

В некоторых случаях с неблагоприятным результатом от малярийного лечения у больных прогрессивным параличом менялась картина болезни и развивался отсутствовавший до того галлюцинаторно-параноидный синдром. Впервые это описано Герстманом, а в нашей стране проф. И. О. Нарбутовичем.

В самое последнее время мы небезуспешно лечили больных прогрессивным параличом инъекциями пенициллина. Приводим клинический пример.

Больной В., 52 лет. Рос и развивался нормальным ребенком. Окончил 7 классов. Работал в сельском хозяйстве, исполнял обязанности агронома. Служил в армии, потом снова работал агрономом. С 1941 по 1945 г. снова в армии. После демобилизации работал директором хлебопекарни. 23 лет женился, имеет четырех детей, жена и дети здоровы. В 1951 г. заразился сифилисом. Лечился аккуратно. Поступил в психиатрическую клинику в связи с проявлением странности в поведении: был очень многоречивым, настроение было приподнятым, веселым. В рабочее время стал часто уходить в лес, на прогулку, «подышать свежим воздухом». Возле своего деревянного дома раскладывал костер. Критики к своим поступкам не обнаруживал. Окружающие заметили, что больной плохо выговаривает слова. По пути следования в клинику хотел купить очень большое количество хлеба, чтобы накормить всех сопровождающих его лиц.

Психический статус: эйфоричен, переоценивает себя и свои заслуги: «Я Герой Социалистического Труда, я получаю очень много денег». Критика к своему состоянию отсутствует. Считает себя совершенно здоровым, категорически протестует против пребывания в клинике, отказывается от лечения. С другими больными груб и высокомерен. Наблюдается быстрая смена настроения на общем фоне эйфории: то становится раздражительным, легко возбудимым, то на короткое время делается вялым, слегка депрессивным, а затем у него снова появляется беспечная веселость, болтливость, бредовые высказывания о своем мнимом богатстве. Память ослаблена, внимание трудно сосредоточить. Речь больного дизартрична, наблюдается симптом Арджиль — Робертсона, имеется сглаженность левой носо-губной складки, тремор пальцев рук, языка, век.

Реакция Вассермана в спинномозговой жидкости и в крови резко положительная. Плеоцитоз 79.

На предложение прочитать небольшую заметку в газете охотно соглашается, но на просьбу рассказать о прочитанном сначала затрудняется, а затем заявляет: «Я что-то забыл, не помню». О себе говорит: «Я герой труда, мне много платят денег, мне хорошо». На просьбу повторить пять раз подряд: «тридцать третья артиллерийская бригада» больной ответил первый и второй раз правильно, а в третий «тридцать тре-т-я артилл-е-л-е-р-ийская бригадада». От ста по семи отнимает так: 93, 85, 79, 72, 64, 55 и заявляет: «Хватит, я устал».

При зажигании лампочки перед глазами больного зрачки не реагируют, а при приближении молоточка к носу больного в момент аккомодации и конвергенции суживаются — симптом Арджиль — Робертсона.

ПСИХОЗЫ ПРИ СИФИЛИСЕ МОЗГА И ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Сифилитические психозы, или сифилис мозга, возникают в результате заболевания сифилисом. Если прогрессивным параличом заболевают через 10—12 лет после заражения сифилисом, то сифилитические психозы (сифилис мозга) развиваются значительно раньше, через 4—5 лет после заражения. Это обстоятельство дало повод проф. В. П. Осипову предложить названия «поздний сифилитический психоз» для прогрессивного паралича и «ранний сифилитический психоз» для сифилиса мозга.

Клиническая психопатологическая картина при сифилисе мозга чрезвычайно пестрая, существует целый ряд форм сифилитических психозов.

Остановимся на следующих.

Сифилитическая неврастения. Эта форма представляет собой раннюю реакцию на сифилис со стороны нервной системы, она может возникнуть уже во вторичном периоде сифилиса. Больной предъявляет различные жалобы неврастенического характера. У него отмечается повышенная раздражительность, плохой сон, быстрая утомляемость, ослабление памяти, частые головные боли. В основе этих болезненных явлений лежат, очевидно, легкие менингеальные раздражения токсического происхождения. Наблюдаются изменения со стороны зрачков и соответствующие серологические данные.

В случаях сифилитической неврастении показано специфическое лечение, которое действует успешно.

Сифилитический псевдопаралич. При этой форме медленно развиваются явления выпадения, постепенно нарастает слабоумие, наблюдаются парезы глазодвигательных нервов, частые головокружения. Бывают инсультообразные припадки, после которых остаются обыкновенно нестойкие параличи.

Больные эйфоричны и в некоторых случаях напоминают своим поведением больных экспансивной формой паралича. Серологические реакции положительны.

Апоплектиформный сифилис мозга. В основе этой формы лежит поражение сифилисом сосудов. В этих случаях наблюдаются инсульты с последующими параличами. Обычно часты головные боли и головокружения. Больные становятся раздражительными, слабодушными, неврологическая симптоматика сопровождается ослаблением памяти, снижением интеллекта.

Эпилептиформный сифилис мозга. При этой форме постепенное отупение, ослабление памяти, снижение интеллекта развиваются на фоне частых припадков, которые напоминают собою генуинную эпилепсию. Больной может погибнуть во время эпилептического статуса. От эпилепсии эти случаи отличаются тем, что при них не наблюдается типичных для нее изменений характера. Эта форма может наблюдаться как при сифилитическом эндартериите, так и при менингоэнцефалитических поражениях.

Сифилитический галлюциноз описан первоначально Плаутом. При этой форме наблюдаются обильные галлюцинаторные явления преимущественно слухового характера, слышатся «голоса», как при алкогольном галлюцинозе. Сознание, в отличие от делирия, обычно не нарушено. Содержание «голосов» неприятное для больного, его ругают, бранят, нашептывают отвратительные вещи. Отмечаются головные боли, разница зрачков, положительные серологические реакции.

Сифилитический параноид описан впервые Крепелиным. Для этой формы характерно, что на первый план в картине болезни выдвигаются бредовые идеи, чаще всего бред преследования. Галлюцинаторные явления также могут иметь место. У больного иногда развиваются замкнутость и негативистические установки по отношению к окружающему.

В последнее время некоторыми авторами объединяют-

ся сифилитические галлюциноз и параноид в одну галлюцинаторно-параноидную форму сифилиса мозга.

Врожденный сифилис является одной из наиболее распространенных причин физического и психического недоразвития. На почве врожденного сифилиса могут наблюдаться и прогредиентные психические расстройства у таких подростков, которые вначале развивались правильно.

Эти расстройства напоминают те же, что и при приобретенном сифилисе у взрослых, а именно: псевдопараличи, эпилептиформные явления, сифилитический галлюциноз и сифилитический параноид. В этих случаях нужно обращать внимание и на соматические признаки: седловидный нос, гетчинсоновские зубы (полулунные вырезки на резцах), заболевания внутреннего уха, специфические кератиты, неправильные формы головы и лица.

При дифференциальном диагнозе сифилиса мозга нужно его апоплектические формы отличать от артериосклероза мозга. Здесь могут помочь серологические данные, успешность специфической терапии, более ранний возраст для сифилиса мозга, чем для артериосклероза, меньшая стойкость симптомов для сифилиса.

Эпилептиформный сифилис приходится дифференцировать от генуинной эпилепсии. Более позднее начало, результаты серологических исследований, наличие неврологических симптомов помогают диагностировать сифилис мозга.

Параноидная форма сифилиса мозга дифференцируется от шизофрении наличием свойственных сифилису проявлений.

Наиболее трудно дифференцировать сифилис мозга, в особенности сифилитический псевдопаралич, от прогрессивного паралича. В этих случаях нам помогает золотая реакция Ланге. При сифилисе мозга спинномозговая жидкость в разведениях 1 : 10 и 1 : 20 дает при добавлении коллоидного золота фиолетовую и синюю окраску, а в тех же разведениях при прогрессивном параличе жидкость остается светлой. Спинномозговая жидкость при прогрессивном параличе в разведениях 1 : 40, 1 : 80, 1 : 160 остается светлой при добавлении раствора коллоидного золота, а в тех же разведениях жидкость при сифилисе мозга дает синий цвет.

В некоторых случаях при прогрессивном параличе

жидкость дает атипическое окрашивание, но все же лабораторные данные золотой реакции Ланге очень помогают в дифференциальном диагнозе.

Патологоанатомически различаются три основные формы сифилиса мозга: гуммозная, менингоэнцефалитическая и эндартериитическая.

Лечим мы сифилитические психозы так же, как и прогрессивный паралич, малярийной прививкой. Но при сифилисе мозга, в отличие от прогрессивного паралича, хорошо действует и специфическая терапия.

Приведу литературный пример, заимствованный из судебной психиатрии.

«**Больной Г.**, 30 лет, по профессии юрист, инвалид 2-й группы. Обвиняется в том, что на вокзале продавал старые, использованные железнодорожные билеты. Во время следствия на вопросы отвечал «бестолково», не всегда по существу, много плакал. В связи с таким поведением он был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

В детстве Г. развивался правильно, ничем не болел. Хорошо учился. По окончании школы поступил в юридический институт, в дальнейшем работал юристом. На работе был активен, успешно выполнял порученные ему обязанности, проявлял инициативу. В возрасте 25 лет заразился сифилисом, лечился нерегулярно. Через семь лет после заражения сифилисом состояние его изменилось. У него появилась повышенная утомляемость, раздражительность, ухудшилась память. Внезапно наступил паралич правой половины тела, который сопровождался нарушением речи. После лечения в больнице у испытуемого восстановилась речь. Правая рука осталась в согнутом положении с ограничением движений. После паралича испытуемый не работал, получал пенсию. Родственники больного сообщают, что Г. «изменился», «стал совсем другим», у него появилась пассивность, вялость, он «плохо соображает».

При исследовании в институте испытуемый обнаруживал остаточные явления после перенесенного в прошлом паралича правой половины тела. Зрачки у него неравномерные, реакция их на свет ослаблена, конвергенция не нарушена. Речь недостаточно ясная, смазанная. Реакция Вассермана положительная и в крови и в спинномозговой жидкости.

Психическое состояние: испытуемый доступен, охотно вступает в контакт, сведения о своем прошлом сообщает непоследовательно, часто излагает факты, не имеющие отношения к вопросу. При беседе он обычно благодушно улыбается, в веселом тоне рассказывает о продаже использованных железнодорожных билетов, легкомысленно утверждает, что и «по таким» билетам можно добраться до нужной станции. В ответ на упреки врача огорчается, становится растерянным, плачет, говорит, что «пассажиров он не обманывал». Не понимает противозаконности своего поступка, считает, что его не могут судить, так как пассажиры на него «не обижались». Больной не учитывает обстановки, в разговоре с боль-

ными предлагает «достать билетик», с таким же предложением часто обращается и к врачам.

Испытуемый утратил знания, приобретенные им в прошлом; простые вопросы, заданные ему с целью проверки памяти, вызывают у него растерянность, беспомощность. Затрудняясь ответить на тот или другой вопрос, он нередко начинает плакать. Не понимает цели направления в институт, к создавшейся ситуации относится беспечно».

Описанный случай нужно отнести к сифилису мозга с явлениями слабоумия.

Иногда развивается бред в результате тяжелых инфекционных заболеваний на высоте температуры. Эти явления, хоть и кратковременны, но все же относятся к психотическим состояниям.

Различают симптоматические инфекционные психозы и постинфекционные психозы.

Симптоматическим инфекционным психотическим состоянием является прежде всего обыкновенный лихорадочный бред, или делирий. У инфекционного больного при высокой температуре появляются галлюцинации, возникает связанный с ними бред, затемнено сознание окружающего, больные дезориентированы в месте и времени, часто наблюдается двигательное возбуждение. С падением температуры все эти явления быстро ликвидируются.

В развитии лихорадочного бреда играет роль гиперемия мозговых сосудов, венозный застой, возможно и влияние интоксикации.

По выздоровлении после делирия больные обыкновенно помнят, что с ними было, и могут об этом рассказать.

Инфекционный делирий чаще всего развивается при вполне выраженных явлениях болезни, но иногда он возникает в начале или в конце инфекционного процесса. В первом случае мы имеем дело с так называемым инициальным бредом, который возникает в самом начале болезни, зачастую еще при нормальной температуре; он указывает обычно на большую тяжесть наступающей инфекции (например, брюшного тифа). Во втором случае инфекционный бред, возникающий в конце болезни, может явиться бредом коллапса. Иногда в период выздоровления, уже при прояснившемся сознании, отмечаются высказывания у больного, которые представляют собою отражение прошлых галлюцинаторно-бредовых переживаний. Такой бред мы называем резидуальным.

Галлюцинаторные явления при инфекционном делирии носят характер целых сцен, в которых и сам больной принимает непосредственное участие. Часто в этом состоянии больные переживают (особенно при сыпном тифе) сцены каких-либо катастроф, им кажется, что они являются жертвами железнодорожной катастрофы, землетрясения и т. д.

Теперь рассмотрим постинфекционные психотические состояния.

Здесь на первое место надо поставить аменцию, как симптомокомплекс, характеризующийся глубоким нарушением сознания окружающего и собственной личности. Чаще всего аменция наблюдается как последствие тяжелых инфекций. В картину аменции входят три признака: затемнение сознания, галлюцинации, возбуждение.

В отдельных случаях до сознания больных аменцией доходят отдельные частности из внешнего мира, но все явление в целом не охватывается, что говорит о специальной слабости синтеза.

В связи с глубоким затемнением сознания во время болезни у больных, перенесших аменцию, обычно не сохраняется воспоминания о пережитом.

В развитии аментивного состояния играют роль острые изменения нервных клеток в форме мутного набухания. Эти явления обратимы, поэтому аменция обыкновенно протекает благоприятно и заканчивается выздоровлением.

Аменция сравнительно часто наблюдается при неблагоприятном течении послеродового периода.

В некоторых случаях в постинфекционном периоде развивается легкое гипоманиакальное состояние, которое обычно ликвидируется в 2—3-недельный срок.

Тяжелыми последствиями после перенесенных инфекций могут являться стойкие состояния постинфекционной психической слабости. Эти тяжелые церебрастенические явления связаны с образованием в веществе мозга микроскопических очагов гибели нервных клеток с замещением их разросшейся глиозной тканью. В этих случаях интеллектуальное снижение может достигнуть степени выраженного слабоумия.

В отдельных случаях после инфекций наблюдается значительное ослабление памяти, причем утрачивается главным образом способность запоминания текущих событий, т. е. выступают явления Корсаковского синдрома.

Ядро личности при этих состояниях остается без нарушений, отсутствуют расстройства, которые выходили бы за пределы того, что можно объяснить расстройством памяти.

Брюшной тиф часто дает картину инициального бреда (или делирия) иногда с маниакальным оттенком. Это обычно указывает на тяжелое предстоящее течение инфекции, на возможность плохого прогноза.

Бывает при брюшном тифе и лихорадочный бред (делирий), и остаточный (резидуальный) бред.

Сыпной тиф может начаться острым делирием с яркими галлюцинациями и пышным бредом. У больного отмечаются фантастические переживания: он будто пострадал от землетрясения, проваливается куда-то в пропасть. В дальнейшем у сыпнотифозного может возникнуть маниакальное возбуждение. В отдельных случаях наблюдается онейроидное расстройство сознания. После падения температуры у перенесших сыпной тиф может развиться аменция.

В основе психопатологии сыпнотифозных больных лежат энцефалитические очажки в мозгу, которые впоследствии запустевают и рассасываются.

Крупозная пневмония может сопровождаться бурным лихорадочным бредом, вплоть до белогорячечных явлений, если пневмонией заболевает хронический алкоголик.

Малярия со злокачественным течением может вызвать психотическое состояние с аментивными и делириозными эпизодами. Возможны явления амнестического Корсаковского синдрома, иногда наблюдается депрессия с повышенной утомляемостью и истощаемостью.

Приведу литературный пример, заимствованный из судебной психиатрии.

«**Испытуемый Л.,** 38 лет, обвиняется в соучастии в краже. В 15 лет перенес сыпной тиф в тяжелой форме с мозговыми явлениями. Было бессознательное состояние, наблюдались страхи, яркие зрительные галлюцинации. После болезни упорные головные боли, обморочные состояния, невыносливость к высокой температуре. Снизилась школьная успеваемость. Не мог работать: «стал немощным», «пропала веселость». Во время повторных инфекций снова наблюдались страхи и галлюцинации зрительного характера, помещался в психиатрическую больницу. Последние годы испытуемый нигде не работал.

При обследовании в институте вял, медлителен, жалуется на головные боли, головокружения, плохую память, общую слабость. Ничем не интересуется, много лежит, пассивен, легко истощается,

на вопросы отвечает медленно, не всегда правильно. Память ослаблена. Без достаточной критики относится к создавшейся ситуации.

Диагноз: последствия инфекционного, сыпнотифозного энцефалита с интеллектуальным снижением (психозы в анамнезе)».

Психические расстройства бывают и при некоторых тяжелых соматических заболеваниях.

При раковой болезни психозы чаще всего возникают при локализации опухоли в области желудочно-кишечного тракта. Они выражаются в виде тревожно-тоскливого состояния. Это состояние сменяется иногда аментивным или делириозным эпизодом.

При алиментарной дистрофии в начальном периоде голодания наблюдается состояние суетливого возбуждения с некоторой бессвязностью мышления. В дальнейших стадиях голодания это состояние сменяется депрессивно-параноидным, или апатическим, ступором.

При уремии часто наблюдаются эпилептиформные припадки, иногда сумеречное сознание с галлюцинаторно-параноидными явлениями.

При длительной уремии могут возникнуть псевдопаралитические расстройства.

При пернициозной анемии психозы могут наблюдаться в форме делириозных состояний, а также в виде длительных галлюцинаторно-параноидных расстройств, которые могут создавать впечатление шизофреноподобной картины.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

В этой лекции речь будет идти об эпилептических психозах, острых психотических явлениях при эпилепсии и хронических изменениях психики у этих больных.

К острым психотическим явлениям у больных эпилепсией относятся эквиваленты. Они представляют собой острые преходящие психозы, которые как бы заменяют собой эпилептический припадок и могут протекать в форме эпилептических: а) делирия, б) параноида, в) сумеречного состояния сознания, г) дисфории.

Дисфорией мы называем болезненный, беспричинно наступающий приступ тоскливо-злобного настроения. О клиническом содержании остальных приведенных терминов говорилось выше.

К хроническим изменениям психических особенностей больных эпилепсией относятся: а) эпилептический характер, б) эпилептическое мышление, е) эпилептическое слабоумие.

Эпилептики — люди с тяжелым для окружающих характером. Они злобны, мстительны, проявляют жестокость. В то же время эпилептики внешне могут быть «ласковыми до приторности, они к вам подходят со словами благочестия на устах и с избытком подлости в душе», как сказал один из старых психиатров, специально описывавший психопатологию эпилептиков.

Это обычно наиболее частые характерные черты психики эпилептиков.

Мышление у больных эпилепсией становится под влиянием болезненного процесса медленным, застревающим на мелочах, деталях, второстепенных обстоятельствах, так называемое вязкое мышление.

С течением времени у больных эпилепсией развиваются деградация личности, снижение интеллекта, слабоумие.

Эпилептический болезненный процесс сопровождается поражением и гибелью нервных клеток в поверхностных слоях коры, склерозом и сморщиванием нервных клеток, а также разрастанием глии в области Аммонова рога. Отмечается общая тенденция к замещению погибших нервных клеток разрастающейся глиозной тканью.

Остановимся на состояниях эпилептического транса. Это своеобразное сумеречное состояние, при котором больные при поверхностном наблюдении кажутся близкими к норме. У них очень хорошо сохранены автоматические движения, грубая ориентировка не нарушена. Они могут, например, купить билет, сесть в поезд, совершить довольно длительное путешествие и т. д. Их несколько рассеянный вид, невинные странные поступки и недостаточно точное восприятие внешнего мира даже и не обращают на себя особого внимания окружающих.

Несколько слов о так называемых особых состояниях сознания, наблюдающихся в некоторых случаях у больных эпилепсией. Особым состоянием у эпилептиков называется негенерализованное сумеречное состояние сознания, которое выражается в изменениях восприятия, мышления и аффективности, но без последующей амнезии. В этот момент больные растеряны, плохо отдают себе отчет в переживаемом. При этом могут наблюдаться явления «déjà vu» и «jamais vu», деперсонализация и дереализация, нарушается восприятие последовательности происходящих явлений.

Можно сказать, что отношение особого состояния к сумеречному приблизительно напоминает разницу между джексоновским эпилептическим и обычным большим эпилептическим (генерализированным) припадком.

Эпилептики в особых состояниях сознания могут совершить преступления, сохраняя память о содеянном, не будучи в силах руководить своими действиями во время описываемого расстройства сознания.

Иногда большие припадки (grand mal) могут следо-

вать один за другим, это так называемый статус эпилептикус (status epilepticus). Это опасное явление, по-видимому, зависит от особенно резкого накопления токсинов, которые вызывают бурную реакцию мозга. Такой статус сильно истощает больного и может закончиться смертью. С ним врачу обязательно нужно бороться. Хорошо помогает лечебная клизма с 3 *г* хлоралгидрата (сначала нужно сделать очистительную клизму). В некоторых случаях статус эпилептикус обрывается после спинномозговой пункции.

При постановке диагноза настоящей (генуинной) эпилепсии необходимо дифференцировать ее от различных заболеваний, которые могут сопровождаться эпилептиформными припадками (случаи травматической эпилепсии, симптоматической эпилепсии, которая развивается в связи с различными органическими поражениями мозга и т. д.).

Приводим краткую выдержку из истории болезни.

Больной З., 27 лет. При поступлении в психиатрическое отделение сознание у больного было затемнено, на вопросы он отвечал невпопад, не отдавал себе отчета, где он находится, был дезориентирован во времени. Набрасывался на других больных и персонал, временами застывал в позе пророка с экстатическим выражением лица. Из отрывочных слов больного, упоминающего о боге, можно было заключить, что больной галлюцинирует, «видит» и «слышит» бога и т. д. Спустя несколько дней все эти острые психотические явления исчезли и больной стал спокойным, удовлетворительно подчиняющимся режиму, правильно отвечал на задаваемые вопросы. Ничего не помнил о том, что с ним было несколько дней тому назад. Будучи религиозным и много говоря на соответствующие темы, не мог вспомнить о видениях бога и о слышании его голоса. Не помнил, как был привезен в психиатрическую клинику. В мышлении медлителен, застревает на мелочах, назойлив, льстив и в то же время мстителен. Педантичен, сам убирает свою постель. В психиатрическое отделение попадает неоднократно, всякий раз не помнит ничего о своем остром психотическом состоянии. Болен с 1949 г. В настоящее время память ослаблена, интеллект снижен.

Таким образом, перед нами случай перенесенного очередного эпилептического эквивалента у лица с эпилептическими чертами характера и уже снизившимся, на почве болезненного процесса, интеллектом.

На примере данного больного мы имели возможность познакомиться как с острыми психотическими явлениями у больных эпилепсией, так и с хроническими изменениями в их психике.

Этиология эпилепсии еще пока не ясна. Можно допустить, что в 2—3% случаев родители-эпилептики влияют на заболеваемость своих детей. Это касается генуинной эпилепсии, как отдельной нозологической единицы. В общем на причину эпилепсии надо, по-видимому, смотреть, как на отдаленные последствия мозгового поражения, перенесенного больным в прошлом.

В патогенезе эпилепсии известную роль играет аутоинтоксикация. Еще русский психиатр Краинский доказал, что в крови эпилептиков периодически накапливается карбаминово-кислый аммоний, который токсически действует на мозговую кору. Исследования Краинского не потеряли своего значения и до настоящего времени, однако надо думать, что биохимические изменения при эпилепсии все же гораздо сложнее. На припадки, видимо, влияют нарушения в водно-солевом обмене. В некоторых случаях припадки становятся более редкими при ограничении в приеме жидкостей больными, благотворно действует и бессолевая диета.

В отношении лечения эпилепсии мы в значительной степени остаемся беспомощными, у нас нет ни причинной терапии, ни активных методов лечения этой болезни.

Показан бром в довольно больших дозах, постепенно можно дойти до 6—8 *г* в день. Уместно назначение бехтеровской микстуры (комбинация отвара горицвета с бромом и кодеином), довольно быстро уменьшает число припадков люминал. В последнее время отмечена некоторая польза от таблеток доктора Кармановой.

И. П. Павлов считал, что эпилептическими психозами заболевают главным образом представители сильного типа высшей нервной деятельности, подобно тому как представители слабого типа более часто заболевают шизофренией. В кортикальной динамике больных эпилепсией И. П. Павлов отмечал периодически наступающую с большой силой взрывчатость раздражительного процесса.

Н. В. Виноградов, а после него М. И. Середина в своих работах отмечают торможение условных рефлексов у больных эпилепсией за несколько часов до припадка, когда клинически еще ничто не предвещает его приближения. Безусловные рефлексы сохраняются дольше. После припадка сначала восстанавливаются безусловные рефлексы, а уже затем и условные. Оба автора наблю-

дали и фазовые явления в до и послеприпадочном состоянии у больных.

Разлитое торможение в коре у эпилептиков перед припадком они рассматривают, как индукционное от очага нарастающего сильного возбуждения, ведущего к очередному припадку.

Рассмотрим литературный пример (заимствованный из судебной психиатрии), иллюстрирующий острое психическое расстройство в форме сумеречного состояния (эквивалента) у типичного эпилептика.

«Ж., 27 лет, обвиняется в покушении на убийство соседки по квартире и в убийстве матери.

Испытуемый с 14-летнего возраста страдает внезапным головокружением продолжительностью 1—2 минуты, сопровождающимся шумом в голове, окликами и мгновенными расстройствами сознания (малый припадок). Несмотря на это, служил на железной дороге и в различных учреждениях и только в последние годы, в связи с указанными болезненными явлениями, иногда увольнялся с работы.

В возрасте 20 лет появились большие судорожные припадки, сравнительно редкие (3—4 раза в год) с внезапной потерей сознания, прикусыванием языка и нередким недержанием мочи. Наряду с этим наблюдались периоды тяжелого настроения тоскливо-злобного характера («плохие дни»). Однажды больной, через несколько часов после бывшего с ним припадка, внезапно вскочил ночью с постели, выбежал в коридор, где случайно встретил соседку, нанес ей три удара ножом в спину, выскочил в окно и скрылся. Из данных следственного материала известно, что на рассвете он заходил к своей сестре, которой показывал окровавленный нож, и говорил, что «убил сатану», производил при этом впечатление «сумасшедшего».

Утром Ж. оказался в деревне у матери, в 15 километрах от места своего жительства, жаловался на головную боль. Пообедав с матерью, больной, по ее предложению, отправился с нею полечиться к знахарке в другую деревню. На обратном пути, в 9 часов вечера, как это установлено расследованием, Ж. убил свою мать, перерезав ей горло перочинным ножом и отделив голову от туловища. Пальцы на руках были перерезаны, а на туловище обнаружено 5 ножевых ран. Ж. пришел в себя на следующее утро. Был без шапки, руки и платье окровавлены, сильно болела голова, был растерян и ничего не помнил о происшедшем.

В связи с возникшим у следственных властей сомнением в психическом здоровье Ж. он был направлен в институт на испытание.

В период испытания в институте больной в ясном сознании, ориентирован, спокоен, ведет себя правильно. Настроение несколько подавленное со склонностью к раздражительности и приступам тоскливости. Психические процессы протекают несколько замедленно с некоторой монотонностью и недостаточной живостью, с тенденцией к застреванию на некоторых вопросах, связанных с

аффективными переживаниями. Грубых расстройств со стороны формальных способностей интеллекта не обнаружено. Бредовых идей и галлюцинаций не отмечается.

Через две недели после поступления наступило беспричинное и внезапное изменение в состоянии и поведении испытуемого: он вдруг перестал ориентироваться в окружающем, порывался куда-то уйти, плакал, уверял, что за дверью стоит его жена. Войдя в туалет, отвернул кран, пел псалмы, окатывал всех входящих водой, оплевывал, угрожал убить, набрасывался на персонал. Был совершенно растерян, с блуждающими глазами и искаженным лицом. На следующий день, после плохо проведенной ночи, продолжал оставаться возбужденным, стремился куда-то бежать, заявил, что убил мать, потому что она показалась ему «сатаной». Разговаривал сам с собой, стучал в дверь, сбрасывал с себя белье, катался по полу, был агрессивен.

К концу дня сразу успокоился, узнал своего врача, правильно ориентировался, но не знал и не понимал, как очутился в отдельной палате. О своем поведении за указанный промежуток времени воспоминаний почти не сохранил. Смутно вспоминает лишь отдельные моменты, когда ему казалось, что кругом него все ходят с метлами, в каком-то странном виде представлялся бог, слышал голос жены, испытывал сильный страх».

Следует отметить, что преступления, совершаемые эпилептиками в болезненном состоянии, всегда отличаются большой жестокостью.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЧЕРЕПА. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

В этой лекции мы познакомимся с психопатологическими явлениями, которые наступают в результате травмы черепа. Большей частью психиатру приходится иметь дело с последствиями закрытой травмы черепа. Это, прежде всего, коммоции (сотрясения мозга) и контузии (ушибы мозга). Теоретически разграничение коммоций и контузий имеет свой смысл. В практических же случаях такое разграничение страдает известной нечеткостью. Ведь и при коммоциях в той или иной степени происходит ушиб стволовой части мозга о кости основания черепа, а также ушиб стенок третьего и четвертого мозговых желудочков с сотрясением жидкости. При достаточно же выраженной контузии мозга почти всегда можно найти и элементы сотрясения.

Случаи сотрясения мозга, коммоции, при достаточной интенсивности всегда сопровождаются начальными нарушениями сознания продолжительностью от нескольких минут до нескольких дней. Эти нарушения сознания по их глубине могут быть различной степени. В более легких случаях наблюдается оглушенность, в более тяжелых — сопор и даже кома.

Естественно, что этот начальный период коммоции с потерей сознания в дальнейшем амнезируется пострадавшим, и больной ничего не знает и не помнит о событиях, имевших место в это время. Довольно часто коммоция сопровождается последующим понижением слуха

на некоторое время и временными затруднениями в речевой артикуляции (заикание).

Начальная стадия коммоции заканчивается прояснением сознания и наступает острая стадия, заполненная различными явлениями нервной астении. Больные жалуются на утомляемость, частые головные боли, головокружения, плохой сон. Они тяготятся даже самой легкой формой работы, им трудно сосредоточить внимание. У больных наблюдается раздражительная слабость, т. е. быстрое и живое реагирование с почти сразу наступающим истощением нервной деятельности. В то же время отмечается слабость внутреннего торможения, больные становятся несдержанными, склонными к бестактному поведению.

В этом периоде у больных наблюдается окулостатический феномен: появление и усиление головокружения с неприятным субъективным ощущением потери равновесия при взгляде на быстро двигающиеся предметы (когда больной смотрит фильм или в окно быстро идущего поезда).

Спустя некоторое время, разное в зависимости от индивидуальности и тяжести случая (от нескольких дней до двух-трех недель), болезненные явления постепенно ослабевают и больные выздоравливают.

Зачастую после коммоции некоторое время, иногда довольно длительное, у больных оказывается измененным характер. Они становятся несколько истеричными, более впечатлительными, эмоционально ранимыми. Это обусловлено относительным преобладанием первой сигнальной системы. Вторая же сигнальная система, как более ранимая, страдает при травме в первую очередь, а восстанавливается значительно медленнее, чем и создаются условия для посттравматического преобладания 1-й сигнальной системы.

Отдаленные последствия коммоции в форме повышенной утомляемости и нервной неуравновешенности мы называем травматической церебрастенией.

Теперь перейдем к клиническим явлениям контузии. Начальный период с потерей сознания в общем такой же, как при коммоциях. В остром периоде, который начинается с прояснения сознания, наблюдается в основном все то же, что и при коммоции, но только в более выраженной степени. В дальнейшем выступают различные симп-

томы, в зависимости от очагов кровоизлияний, отеков и размягчений. Чисто психопатологические явления при контузиях дают себя знать чаще и больше, чем при коммоциях. Может возникнуть на некоторое время эйфория или дурашливость в поведении контуженного, т. е. мориоидный синдром. Этот синдром с налетом детскости в поведении с течением времени сглаживается. В других случаях развивается противоположное патологическое состояние с апатией и абулией на фоне тяжелой нервной астении. Это так называемый посттравматический апатикоабулический синдром.

Попутно с этими синдромами в некоторых случаях отмечаются различные апраксии, агнозии, нарушения восприятия пространства и времени, затруднения речи. Иногда могут довольно рано развиться эпилептиформные припадки. Могут быть различные параличи, парезы, расстройства чувствительности. Часто наблюдается нарушение равновесия. Реже отмечаются нарушения зрения вплоть до слепоты.

Самыми неприятными и тяжелыми последствиями контузии являются припадки травматической эпилепсии, которые могут развиться через полгода или несколько позднее после бывшей травмы. В отдельных случаях после травмы черепа развивается постепенно нарастающее слабоумие.

Отдаленные последствия контузии мы называем травматической энцефалопатией. При ней может наблюдаться все вышеизложенное, но в уменьшенной степени.

Изменение характера у контуженных бывает того же порядка, как и у перенесших коммоцию, также наблюдается относительное преобладание 1-й сигнальной системы.

Остановимся на случаях воздушной травмы, которая происходит с пострадавшим, если невдалеке от него произошел разрыв крупного снаряда. При воздушной травме поражение пострадавших складывается из явлений: а) коммоции, б) контузии, в) баротравмы, г) звуковой травмы. Барометрическая травма зависит от прохождения волн сгущенного или разреженного атмосферного воздуха.

При звуковой травме отмечается действие сверхмаксимального звукового раздражения на звуковоспринимаю-

щий аппарат. Это последнее обстоятельство влечет за собой развитие запредельного торможения в звуковом и речевом анализаторах, что и служит патодинамическим основанием довольно стойких явлений сурдомутизма (глухонемоты) после воздушной травмы.

Бывают ли в результате закрытой травмы черепа острые, выраженные психотические состояния? Да, бывают. Самым легким из них, дающим неплохой прогноз, можно считать травматический делирий, или посттравматический делириозный синдром. В этих случаях при неясном сознании и дезориентировке в окружающих обстоятельствах, во времени и месте наблюдается наплыв зрительных и слуховых обманов чувств. Под влиянием этих галлюцинаторных явлений развивается нестойкий бред, обычно исчезающий при ослаблении галлюцинаторных явлений.

Более неблагоприятными последствиями травмы могут быть периодически возникающие сумеречные состояния сознания, во время которых больной может быть опасен и для себя и для окружающих.

Наконец наиболее тяжелыми последствиями травмы являются Корсаковский амнестический синдром и посттравматический психоз с шизофреноподобной симптоматикой и течением. При Корсаковском посттравматическом синдроме расстройства памяти держатся стойко и длительно, а шизофреноподобный посттравматический психоз имеет затяжное течение с тенденцией к исходу в слабоумие.

При закрытых травмах черепа имеются патологоанатомические изменения в мозгу. Могут наблюдаться мелкие разрывы нервной ткани, участки кровоизлияний, отеки, очаги распада нервной ткани вследствие нарушений кровообращения. В местах разрывов (хотя бы молекулярных) может образоваться рубцовая ткань, а при последующем сморщивании рубца происходит периодическое раздражение прилегающих участков нервной ткани, вызывающее припадки травматической эпилепсии.

Перейдем к вопросам лечения.

В начальном периоде необходим абсолютный покой, желательно положение на боку. Лед на голову, камфара, кофеин, лобелин. При наличии открытых ран или трещин костей черепа необходима консультация хирурга. В случаях с подозрением на возможность инфекции — 40%

уротропин с глюкозой внутривенно, курс сульфидинотерапии, антибиотики (курс инъекций пенициллина).

После прояснения сознания, с началом острого периода, необходимо строго соблюдать постельный режим. Если начальный период с бессознательным состоянием продолжался не свыше получаса, то постельный режим надо выдержать от недели до 10 дней. Если начальное бессознательное состояние длилось около суток, то последующий строгий постельный режим рекомендуется длительностью от 3 до 4 недель. Наконец, если начальная потеря сознания длилась свыше суток, то постельный режим должен быть не менее 5—6 недель. В остром периоде и в дальнейшем при временных обострениях хорошо действуют гипертонические растворы. Назначают внутривенно 20—30 *мл* 40% раствора глюкозы поочередно с 5 *мл* 25% раствора магнезии. Можно и так варьировать лечение: одновременно вводить внутривенно 40% раствор магнезии и 40% раствор глюкозы. На первую инъекцию берут 2 *мл* магнезии и 8 *мл* глюкозы, на вторую — 3 *мл* магнезии и 7 *мл* глюкозы. Так постепенно нарастает количество вводимой магнезии и убывает количество глюкозы. Мы доходим до дозы в 8 *мл* магнезии и 2 *мл* глюкозы. Затем следует постепенное снижение магнезии и увеличение глюкозы, вплоть до начальной дозы в 2 *мл* магнезии при 8 *мл* глюкозы.

Иногда при таком курсе лечения больные, помимо чувства жжения в той руке, на которой производится вливание, испытывают тошнотворные ощущения, доходящие подчас до рвоты. В таких случаях полезна инъекция (можно на другой руке) 10% раствора хлористого кальция (10 *мл*.)

Явления сурдомутизма обычно проходят сами в течение 1,5—2 месяцев. В случае, если они затягиваются дольше, рекомендуется 1—2 раза применять эфирно-раушевый наркоз.

В основе явлений посттравматической глухоты (в особенности после воздушной травмы) лежит явление запредельного торможения. Оно проявляет склонность к переходу в застойное, патологически-инертное торможение, потому так хорошо и действует лечение генерализацией возбуждения при рауш-наркозе. Можно с этой же целью рекомендовать еще и внутривенные инъекции 33% раствора спирта по 20—40 *мл* внутривенно.

Если в результате травмы развивается настоящий психоз, то и лечение должно быть соответствующим форме психоза. Например, при шизофреноподобном течении посттравматического психоза можно рекомендовать инсулинотерапию, аминазинотерапию и т. д.

Легкие случаи коммоций и контузий не доходят до психиатров и лечатся невропатологами.

В мирное время психиатры редко сталкиваются с посттравматическими психотическими состояниями. Поэтому рассмотрим случай военной контузии, заимствованный из учебника проф. Гуревича.

«**Больной С.**, 23 лет, контужен в ноябре 1942 г., был без сознания несколько часов, после чего 2—3 дня находился в состоянии резкого возбуждения, стремился бежать, приходилось его удерживать; по-видимому, было неясное сознание, сам больной об этом не помнит. Придя в состояние ясного сознания, он находился все же в повышенном настроении, требовал отправки на фронт в свою часть, считал себя вполне здоровым. В госпитале все время подвижен, суетлив, вбегает без надобности в кабинет врача, хватает и уносит не принадлежащие ему вещи. Пристает к другим больным, мешает им спать, отдыхать, отпускает плоские шутки, дурашлив, развязен, добродушен, ребячлив, кувыркается через спинку кровати, всем надоедает. В кино громко делает замечания, иногда цинично бранится, не стесняясь сестер. Временами как бы слабеет, ложится, жалуется на головные боли, притихает; затем снова вскакивает и начинает суетиться. Спит недостаточно. Систематически чем-либо заниматься не может. Такое состояние продолжалось около 3 месяцев. Постепенно стал тише и спокойнее, лучше спит; чаще ложится в кровать и в это время (в течение 2—3 часов) бывает вял и апатичен. Остается недостаточность критики, легкомысленное отношение к своей судьбе, ребячливость.

В дальнейшем больной в состоянии улучшения отправлен в отпуск».

В приведенном случае наблюдался синдром мория. Больной был ребячлив, дурашлив, настроение эйфорическое, временами прерываемое апатическим состоянием и т. д.

Перейдем к рассмотрению маниакально-депрессивного психоза.

Основной чертой этого психоза является периодичность возникновений психотических состояний, которые выражаются приступами то маниакальных, то депрессивных синдромов. Между отдельными приступами болезненных состояний наблюдается по нескольку лет светлого промежутка с наличием полного здоровья. Несмотря на то, что больной в течение жизни переживает несколько

приступов психоза, исходного состояния слабоумия при маниакально-депрессивном психозе не развивается. Все эти особенности и являются характерными для описываемого психоза.

Еще в древности, в I в. н. э., Аретей Каппадокийский учил, что мания и меланхолия — это две противоположные фазы одного психоза. В последующие века мания и меланхолия опять долгое время считались отдельными, самостоятельными заболеваниями, пока немецким психиатром Крепелиным не были снова объединены в единую нозологическую единицу: маниакально-депрессивный психоз.

В России к такому же объединению мании и меланхолии пришел проф. Рыбаков, который ввел новое название для этого психоза: циклофрения.

В зависимости от того, как чередуются между собой отдельные приступы маниакально-депрессивного психоза, мы различаем несколько форм его течения. Мы говорим об альтернирующем помешательстве, когда болезнь начинается маниакальным приступом, после которого следует светлый промежуток полного здоровья, зачастую в 5—6 лет, а потом наступает очередной приступ психоза, но с депрессивным состоянием, затем снова светлый промежуток, далее маниакальный приступ и т. д. Может наблюдаться и депрессия, как первый приступ психоза, затем, после светлого промежутка, маниакальный приступ, снова светлый промежуток, депрессия и т. д. (folie alterne).

Если же приступы маниакально-депрессивного психоза будут начинаться с мании, непосредственно переходящей в меланхолию, а уж затем последует светлый промежуток, то такая форма течения психоза называется помешательством в двух формах. Болезнь может начинаться и с приступа меланхолии, переходящего в манию, затем светлый промежуток и т. д. (folie à double forme).

Наконец, если в течение жизни у больного наблюдаются только депрессивные приступы или только маниакальные (что бывает реже), то такое течение психоза называется периодической манией и периодической меланхолией.

Напомню, что для маниакального синдрома характерна триада симптомов: 1) повышенное, радужное настроение, 2) ускоренное, поверхностное мышление,

3) двигательное возбуждение со стремлением к деятельности.

Все эти симптомы длительны, интенсивны, немотивированы (настроение) внешними событиями. При мании же может быть бред величия, охватывающий область возможного в жизни, чем он отличается от нелепого бреда величия экспансивных паралитиков. При мании наблюдается и сексуальная распущенность.

Для депрессивного синдрома характерна противоположная триада симптомов: 1) печальное, угнетенное настроение, 2) замедленность, заторможенность мыслительного процесса, 3) скованность, заторможенность движений. Эти симптомы также длительны, интенсивны, немотивированы (настроение) внешними событиями. При меланхолии может наблюдаться бред греховности и виновности, могут иметь место деперсонализационные расстройства.

Следует запомнить еще одно смешанное состояние, наблюдающееся в течение приступов маниакально-депрессивного психоза. Это так называемая непродуктивная мания, когда при болезненно-повышенном настроении не наблюдается бегущего, ускоренно-поверхностного мышления.

Отдельный приступ маниакально-депрессивного психоза длится несколько месяцев, иногда меньше, иногда больше и заканчивается, как правило, выздоровлением, выходом в светлый промежуток полного психического здоровья. В тяжелых случаях может наблюдаться затяжное течение приступа.

Легкие периодические колебания настроения с соответственным стремлением к повышенной деятельности или же с понижением работоспособности называются *циклотимией*. Эти случаи обычно лечатся амбулаторно.

При маниакально-депрессивном психозе у больных наблюдается симпатикотонический синдром, описанный В. П. Протопоповым. Этот синдром выражается в учащении пульса, расширении зрачка, в склонности к запорам, сухости кожи, уменьшенном выделении пота и слез. Больные плохо спят. У них наблюдается падение веса, при выздоровлении вес восстанавливается.

Существует еще симптом Верагута, выражающийся в изменении формы верхнего века у депрессивных боль-

ных, появляется выгнутость его кверху в средней трети, ближней к носу.

Несмотря на благоприятный прогноз каждого отдельного приступа психоза, деградация в пожилом возрасте, если присоединяются явления склероза сосудов мозга, дающие некоторое снижение личности, может особенно бросаться в глаза после перенесения очередного приступа маниакально-депрессивного психоза.

И. П. Павлов считал, что маниакально-депрессивный психоз является уделом сильного типа высшей нервной деятельности. Эти люди склонны к перерасходованию своих сил и возможностей, в результате и наступает у них циркулярный психоз, как резкое проявление нервной неуравновешенности.

Прежде считали маниакально-депрессивный психоз в известной степени наследственным заболеванием, но при внимательном изучении всех обстоятельств жизни больного всегда находился какой-нибудь вредный экзогенный фактор. К таким внешним факторам относятся соматические заболевания, послеродовой период, инфекции, интоксикации, тяжелые переживания.

Болезнь сопровождается относительной дисфункцией в работе половых желез и надпочечников, отмечаются нарушения в углеводном обмене.

Диагноз ставится на основе длительного изменения настроения при сохранности интеллекта. Дифференцировать приходится от случаев шизофрении и экспансивной формы паралича. Дифференциальный диагноз не представляет трудностей, в первом случае помогает наличие собственно шизофренических симптомов, во втором — неврологические симптомы и серологические данные.

Патологоанатомических изменений при маниакально-депрессивном психозе не наблюдается.

В качестве профилактических мер можно рекомендовать общее укрепление организма с повышением нервно-психической устойчивости.

Из лечебных мероприятий благоприятно действуют бром, аминазин, снотворные, при резком двигательном возбуждении — скополамин; хороши длительные теплые ванны при маниакальном состоянии, при меланхолии полезно опийное лечение (по схеме), мелипрамин, подкожные введения кислорода, другие симптоматические средства. При отказе от пищи депрессивных больных надо

кормить через зонд. В тяжелых случаях маниакально-депрессивного психоза можно прибегнуть к инсулинотерапии.

Рассмотрим литературный пример из судебной психиатрии.

«**Больной П.,** 54 лет, доставлен в институт судебной психиатрии в возбужденном состоянии; чувствует себя хорошо, речь патетична, говорит громко, жестикулирует, ведет себя с подчеркнутым достоинством. Иногда обнаруживает переоценку собственной личности, отмечает влияние своих идей в современной политике, подмечает, что его отвергнутые предложения без сохранения авторства заимствуют.

Часто вступает в конфликты с больными, охотно беседует с персоналом, громко поет, многоречив, выдвигает разные рационализаторские предложения. П. задержан при следующих обстоятельствах. Он вывесил на своем доме несколько нелепых по содержанию плакатов, привязал к этому месту цепную собаку, которая никого не допускала, а сам взобрался на крышу, забаррикадировал вход на чердак и стал выводить мелом надписи на крыше. При этом он обращался к проходящим и к собравшимся у дома с речами; представителям власти он угрожал тем, что подожжет дом, если они подымутся на чердак, и, действительно, он припас там керосин и спички. Свидетели показывают, что такого рода события уже неоднократно имели место в прошлом, что ежегодно или через два года «на него находит», и тогда он ораторствует, все время кричит, грозит поджечь, а спустя некоторое время он снова спокойный, «милый человек». Однажды он «представлял демона», задрапировался в одеяло, опоясался полотенцами и так ходил. Он становился на возвышенные места, произносил речи, пел песни и т. д.

Жена сообщает, что впервые заболевание обнаружилось 30 лет тому назад. Выражалось оно в приподнятом настроении, в возбужденном состоянии. Затем начали чередоваться фазы угнетения и возбуждения, которые, однако, были выражены в умеренной степени и даже не лишали его возможности работать.

Промежутки между этими фазами, сменяющими одна другую, были разными — от нескольких дней до нескольких месяцев. Однажды, в состоянии депрессии, больной перерезал себе артерию на руке с целью самоубийства. 15 лет назад он находился в госпитале по поводу возбужденного состояния, продолжавшегося 4,5 месяца. Так с короткими светлыми промежутками он продолжал болеть, не оставляя работы.

В последние годы светлых промежутков почти не бывает. Так, например, за 5 месяцев до поступления в институт больной ночью сразу перешел из депрессивной фазы, длившейся целый год, в маниакальную.

За все годы болезни он удивительным образом сохранял в отношении жены такт, обходительность.

Больной был комиссией признан страдающим душевным заболеванием в форме маниакально-депрессивного психоза, а в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в период душевной болезни,— невменяемым».

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

В этой лекции мы рассмотрим алкогольные психозы. Некоторые люди считают, что алкоголь является якобы стимулирующим и укрепляющим средством. Но мнение этих защитников алкоголя в корне неверно и объясняется начальным, при небольших дозах алкоголя, устранением торможения, чувства страха, неуверенности и робости и развитием на короткое время субъективного чувства облегчения в работе. Поэтому многие считают, что их работа делается быстрее и лучше после употребления алкоголя. Этому способствует и возникающее после приема умеренных доз алкоголя приятное субъективное чувство повышенного настроения, собственного достоинства, ослабление критики.

Когда в лаборатории И. П. Павлова стали систематически давать алкоголь экспериментальным собакам, то условные рефлексы у них стали неустойчивыми, угасающими, несмотря на продолжавшееся их подкрепление. Было отмечено, что нарастает сила отрицательной индукции и одновременно ослабевает внутреннее торможение. Затем начинала наблюдаться патологическая лабильность раздражительного процесса, его взрывчатость при общей малой продуктивности. Ослабевала и падала подвижность нервных процессов, чем нарушалась гибкость в работе нервной системы, следовательно ухудшалось приспособление к внешней среде.

Другие авторы занимались экспериментальным исследованием влияния алкоголя на работоспособность людей. Отмечено, что при приеме 10—20 *г* алкоголя затрудняется

восприятие, ослабевает способность к счету, большие дозы замедляют и затрудняют течение ассоциации.

После приема 200 *г* 10% раствора алкоголя работа, например, типографских наборщиков снижается на 18% — это влияние сглаживается только через 48 часов. Счетные операции при этой же дозе замедляются; например, счетовод успевает за 10 минут выполнить 960 сложений вместо обычных 1 215. При той же дозе машинистка успевает напечатать меньшее количество материала и сделать ошибок больше обычного.[1]

В общем можно заключить, что прием даже умеренной дозы алкоголя снижает «качество» мышления.

Неутомленный человек после приема умеренных доз алкоголя устает раньше, чем человек, не принимавший алкоголя, а утомленный человек сначала субъективно ощущает оживление, но не вследствие устранения усталости, а в результате наркотизации коры головного мозга и невосприятия физиологического чувства усталости.

Кого же можно назвать хроническим алкоголиком? Если человек пьет при еще не совсем прекратившемся действии предыдущей дозы алкоголя, то это хронический алкоголик. Многие алкоголики испытывают синдром похмелья — очень неприятное самочувствие, наступающее в конце действия ранее принятой дозы алкоголя. При этом у алкоголика усиливается тремор конечностей, ухудшается настроение. Он становится пугливым, неуверенным в себе, у него развивается настороженность и даже на короткий срок могут возникнуть идеи отношения. Все это быстро исчезает при повторном приеме алкоголя.

Хронический алкоголизм постепенно разрушает все стороны психической жизни человека. С течением времени у алкоголиков снижается память, ослабевает внимание, повышается утомляемость, нарушается прежнее богатство мышления, оно становится уплощенным. В аффективной сфере наблюдается лабильность эмоций (то восторги, то плач). Алкоголики становятся слабодушными, им свойственен юмор пьяниц, т. е. своеобразное сочетание чувства страха и веселья.

Хроническим алкоголикам свойственно повышение полового чувства и в то же время у них развивается пониженная потенция. Они становятся чрезвычайно ревнивыми, в некоторых случаях развиваются бредовые идеи ревности.

Хронический алкоголик все больше и больше опускается. Нельзя сказать, чтобы алкоголики не понимали того огромного вреда, который приносит им алкоголь. Они иногда искренне желают отвыкнуть от своего патологического влечения, но не в силах сделать это, так как их воля ослабела, она парализована.

До какой степени деградирует личность хронического алкоголика, можно убедиться из примера, приводимого проф. И. В. Стрельчуком. Речь идет о больном, имеющем высшее образование, внешне гуманном, культурном человеке, который зарекомендовал себя в лечебнице и среди больных как чуткий, отзывчивый, внимательный человек. Жена больного пишет:

«Поверите, доктор, я измучилась с ним. Шесть лет ежедневно я вижу его пьяным. Когда он бывает пьян, то обращается со мной ужасно грубо, можно сказать, по-зверски. Он выгоняет меня ночью из дома в мороз буквально в одной сорочке и запирает двери. Бьет меня кулаками по голове и лицу. Швыряет в меня чем попало: палками, камнями, молотками, ножами и грозит убить. Этот ужас я вижу ежедневно, когда он бывает со мной. Но должна сказать, что когда он не пьет, это прекрасный человек».

Хронические алкоголики часто страдают катаром желудка с изжогой и рвотой. У них может развиться цирроз печени, наблюдается расширение сердца и т. д.

Напомню о том, что лица, совершившие тот или иной проступок в состоянии простого алкогольного опьянения, являются вменяемыми и ответственными за свои деяния согласно статье 12 Уголовного кодекса.

Однако может быть патологическое опьянение, которое представляет собой краткосрочное психотическое состояние. Патологическое опьянение наступает обычно уже при небольших дозах принятого алкоголя и выражается в резком двигательном возбуждении с помрачением сознания, наличием галлюцинаторных явлений и последующей амнезией всего периода опьянения. Это так называемая эпилептоидная форма патологического опьянения. Реже встречается другая форма патологического опьянения — параноидная форма. Для нее характерно отсутствие резкого двигательного возбуждения (буйства), наблюдаются внешне упорядоченные, но совершенно автоматизированные действия. При более детальном исследовании состояния больных сознание у них оказывается нарушенным, восприятие окружающей действительности искажен-

ным с наличием бредовой ее оценки. Иначе эту форму патологического опьянения называют галлюцинаторно-бредовой.

Большей частью патологическое опьянение наблюдается у лиц психически неуравновешенных, у невротиков, психопатов, травматиков, лиц с органическим заболеванием центральной нервной системы и т. д.

Способствующими моментами к наступлению состояний патологического опьянения служат резкий аффект во время опьянения, утомление, а также истощение в связи с недоеданием, недосыпанием, перенесенным инфекционным заболеванием и т. д.

Привожу литературный пример, заимствованный из судебной психиатрии.

«Е., 33 лет, колхозник, отличался неуравновешенным характером, был вспыльчив. Алкоголем не злоупотреблял, выпивал понемногу, перенес в прошлом две травмы головы, не оставившие заметных последствий. Е. обвинялся в поджоге. В день правонарушения уехал с утра косить сено. Вернувшись к часу дня с работы очень усталым, сел на крыльцо и тотчас же уснул. Пришедший из столовой буфетчик принес водки, разбудил его и стал угощать. Е. выпил 2—3 рюмки и «сразу же все потерял», по его словам, «вступила чума в голову». Очнулся около 12 часов ночи в отделении милиции.

Из данных судебного дела известно, что Е., выпив водки, после ухода буфетчика встал, вошел в дом и без всякого повода стал ломать мебель и бить посуду, причем остановить его было невозможно. Схватив со стены охотничье ружье, он ударил им в стену с такой силой, что сломал его. Обломком ружья он нанес удар по голове своей жене, которая упала без сознания. Е. продолжал разрушать все кругом и поджег вещи. Сбежавшиеся на пожар колхозники пытались проникнуть в дом, но Е., схватив две бритвы, препятствовал тушению пожара, угрожал «всех перерезать». С трудом обезоруженный, он вырвался из рук колхозников и, выбежав на улицу, схватил косу и, размахивая ею, по-прежнему препятствовал ликвидации пожара. Наконец Е. был снова схвачен и обезоружен, после чего впал в глубокий и длительный сон.

В последующем Е. не обнаруживал отклонений от нормы со стороны психики, за исключением утраты воспоминаний о содеянном и естественной в его положении подавленности настроения и опасений за исход судебного дела».

Приведенное выше наблюдение является примером состояния патологического опьянения в его эпилептоидной форме.

Теперь познакомимся с острым алкогольным психозом, с которым почти каждый из вас, по какой бы он специ-

альности ни работал в будущем, хоть раз в жизни да встретится. Это белая горячка.

У хронического алкоголика после особенно интенсивного употребления алкогольных напитков в течение нескольких дней, недели расстраивается сон, появляется нервозность, возникают ночные страхи. Это период предвестников. Затем внезапно возникают яркие зрительные галлюцинации преимущественно устрашающего характера. Больного окружают страшные звери, которые готовы его растерзать. Он «видит» вокруг себя чертей, собирающихся его бить, множество пауков, готовых высосать всю кровь из больного, и т. д. Для зрительных галлюцинаций при белой горячке характерна их яркость, множественность, подвижность, удлиненность формы. На втором плане выступают и слуховые галлюцинации.

В связи с галлюцинаторными переживаниями больной бредовым образом истолковывает окружающую ситуацию, испытывает сильный страх, стремится куда-то убежать, просит спасти его и т. д. Он дезориентирован в месте и во времени, но сознание «я» сохраняется. В некоторых случаях больной галлюцинирует свою производственную обстановку, выполняет привычные движения, словно работает на станке, и т. д.

У белогорячечных наблюдают мелкий, частый тремор; температура обычно несколько повышается, лицо вследствие спазма поверхностных сосудов остается бледным.

Необходимо запомнить три симптома: а) симптом Липпмана, выражающийся в усилении галлюцинирования при нажиме на закрытые глазные яблоки; б) симптом Райхардта, демонстрирующий большую внушаемость белогорячечных (их легко уговорить, что на чистом, белом листе что-то написано, и они начинают читать «написанное»); в) симптом Ашаффенбурга — больной ведет целые диалоги, как бы разговаривает с кем-то по телефону.

Обычно белая горячка длится недолго, от 3 до 8 дней, затем наступает глубокий сон, после чего больной просыпается с резко ослабевшими галлюцинаторными явлениями. Через несколько дней эти явления проходят окончательно.

В редких случаях наблюдается расстройство глазных мышц — это плохой прогностический признак, указывающий на тяжесть данного случая и на возможность смертельного исхода.

Патогенез белой горячки в точности неизвестен, почва — хронический алкоголизм. Предрасполагающими моментами служат лихорадочные заболевания, истощение, сильные эмоциональные волнения.

Часто возникает белая горячка у хронического алкоголика при заболевании пневмонией, при переломах костей и т. д. Приводим краткую выдержку из истории болезни.

Больной М., 24 лет. Последние два года работает на спиртзаводе, выпивает, по его словам, регулярно, но умеренно. Последнюю неделю пил усиленно. Два дня тому назад появилась бессонница, возникли ночные страхи, боязнь темноты, затем яркие зрительные и слуховые галлюцинации, пугающие больного.

У больного на бледном лице мимика сильного испуга, отмечается тремор рук. В отделении больной иногда вскакивает и лезет под кровать, уверяя, что там много крыс и мышей, которые его сейчас будут кусать. Он при этом стучит кулаком по полу, затем делает движения, словно старается кого-то поймать.

(Больного вводят в аудиторию.)

— Где вы находитесь?

— Не знаю, привели куда-то.

— Какой у нас теперь месяц?

— Не помню.— Больной при этом вздрагивает, оглядывается с мимикой испуга, пытается вскочить, его удерживают.

— Вы испугались чего-то?

— Вот тут сбоку кто-то подкрадывается, грозит убить меня.

— Разве вам что-нибудь может грозить? Вы ведь ни в чем не виноваты.

— Не виноват, а вот там стоит страшный с косой, он на меня нападет.— Больной пытается вскочить и убежать, его держат под руки и выводят из аудитории.

Это состояние при белой горячке.

Есть и другая форма алкогольного психоза, при которой на первый план в картине болезненного состояния выступают явления слуховых галлюцинаций. Это алкогольный галлюциноз. Длится он дольше, чем белая горячка, в острых случаях до 1 — 1,5 месяца, в затяжных же, хронически протекающих, может наблюдаться месяцами и годами.

Больные при алкогольном галлюцинозе слышат «голоса», они ведут с ними разговоры, причем характерно,

что к больному обращаются преимущественно в третьем лице.

В хронических случаях алкогольного галлюциноза наступает своеобразное приспособление больного к постоянно слышимым «голосам». Он переговаривается с «голосами» и тут же правильно отвечает на задаваемые ему вопросы, обнаруживает хорошую ориентировку в окружающей ситуации и даже неплохо выполняет несложную работу.

Более серьезным и тяжелым алкогольным заболеванием является психоз, описанный С. С. Корсаковым в 1887 г. Он выражается в сочетании явлений полиневрита с резко выраженным расстройством памяти, с почти полной невозможностью запоминать текущее. Больные дезориентированы, у них наблюдается и ретроградная амнезия, пробелы памяти часто заполняются различными фантастическими вымыслами, так называемыми конфабуляциями.

Личность больного при корсаковском психозе остается более или менее сохраненной. Болезнь течет месяцами, память постепенно улучшается, явления полиневрита стихают и больной выписывается из больницы.

Приведу литературный пример, заимствованный из монографии проф. И. В. Стрельчука. Речь идет о враче, заболевшем корсаковским психозом.

«Больной подробно и в хронологическом порядке вспоминает о своем раннем детстве и школьных годах. Часто датирует одним временем два несовместимых события, не замечая сам этого противоречия. Например, окончание фельдшерской школы и медицинского института относит одинаково к 1917 г. При напоминании отдельных событий радуется заполнению пробелов памяти. Сам же заполняет пробелы в памяти конфабуляциями: так, на вопрос врача, видел ли он его, отвечает, что был с ним знаком и работал вместе в одной больнице (что не соответствует действительности). Пытается объяснить боль и ломоту в ногах результатом его прогулок и путешествий. Забывая о своем полиневрите, пытается производить быстрые движения, тут же прекращает их и заявляет окружающим о своих болезненных ощущениях. При затруднениях в ответе из-за расстройства памяти проявляет большую изворотливость, отделываясь от прямого ответа шуткой или общей фразой. Беседуя с женой, предпочитает больше задавать вопросы, чем отвечать на них, или отвечает на вопросы вопросами. Только что происшедшие события относит к более или менее отдаленным; так, через полчаса после произведенной пункции на вопрос, сделана ли ему пункция, отвечает, что сделана несколько дней назад. Жалуется, что очень долго тянется день. Текущие события при непо-

средственной репродукции воспроизводятся, но через короткие промежутки времени забываются. Больной много раз в день здоровается с врачом, заявляя, что видит его сегодня в первый раз. При этом обнаруживается, что те или другие быстро забытые восприятия больной продуцирует в дальнейшем, но в искаженной хронологической последовательности. Забывая имя и отчество врача, догадывается об этом, видя его инициалы. Производит беззвучное движение губами и как бы пытается вспомнить искомую моторную форму для произнесения спрошенного у него имени.

Запас знаний и представлений, полученных больным в более близком прошлом, оказывается в значительной степени утраченным при требовании восстановить их спонтанно. На специальные же вопросы из области врачебных знаний, приобретенных больным много лет назад, он дает правильные ответы. Настроение неустойчивое, временами апатичен; при этом проскальзывает живая эмоция с депрессивным оттенком, которую он связывает со своим тяжелым заболеванием.

Больной в беседе с врачом быстро истощается, устает; при этом резко усиливаются амнестические нарушения.

В дальнейшем состояние больного постепенно улучшалось, память стала восстанавливаться и через 5,5 месяца состояние настолько улучшилось, что он был выписан».

Хронический алкоголизм может привести к заболеванию, которое по своей картине напоминает прогрессивный паралич. Это так называемый алкогольный псевдопрогрессивный паралич.

Приводим выдержку из истории болезни.

Больной В., 48 лет, рабочий. Хронический алкоголик, пьет с молодых лет, последние годы особенно много пил. Больной приведен и помещен в клинику женой, так как дома поведение стало нетерпимым, он высказывал бредовые идеи, вел себя нелепо.

У больного имеется анизокория, правый зрачок шире левого, реакции зрачков на свет нет, на конвергенцию и аккомодацию реакция сохранена, т. е. наблюдается симптом Арджиль — Робертсона. Правая носо-губная складка сглажена. Больной эйфоричен, высказывает нелепый бред величия и могущества, груб с женой, в последнее время агрессивен по отношению к ней, считает, что она спрятала его двадцать тысяч рублей. Сифилисом не болел, реакция Вассермана отрицательная и, что самое главное и существенное, отсутствует плеоцитоз в спинномозговой жидкости.

(Больного вводят в аудиторию.)

— Скажите, пожалуйста, где вы работаете?

— Разнорабочим на заводе.

— Вы много зарабатываете?

— Да вот за один только отпуск получил двадцать тысяч.

— Неужели двадцать?

— Да, двадцать тысяч, да я и еще могу больше получать, я богатый человек.

— Вы чувствуете себя очень сильным?

— Да, силы у меня много, я могу одной только рукой поднять целый вагон.

— Вы можете от ста отнять семь, потом еще и еще отнимать по семи?

— Могу, от ста отнять семь будет девяносто четыре.

— А еще дальше по семи отнимать можете?

— Могу, девяносто четыре отнять семь будет восемьдесят восемь, потом восемьдесят, потом семьдесят один, шестьдесят два.

— Вы можете сказать пять раз подряд: тридцать третья артиллерийская бригада?

— Тридцать третья артиллерийская бригада, тридцать третя арти-л-л-е-р-с-кая бригада, тридцать третья арти-л-л-е-л-е-р-и-й-ская бригада и т. д.

— У вас настроение хорошее?

— Чудесное, я сильный, богатый, живется хорошо, только жена отнимает у меня мои двадцать тысяч, побить ее надо.

Данный алкогольный психоз напоминает картину прогрессивного паралича. Имеется нелепый бред величия, эйфория, слабость интеллектуальной деятельности, ряд неврологических симптомов и т. д. Наименование его алкогольным псевдопрогрессивным параличом вполне оправдано. В дифференциальном диагнозе помогают серологические данные, особенно реакция плеоцитоза, которая при алкогольном псевдопараличе всегда отрицательная.

Прогноз при алкогольном псевдопараличе в общем благоприятный, через 2—3 месяца начинается улучшение, но болезнь может затянуться и на полгода.

Познакомимся еще с одной формой алкогольного психического расстройства — это дипсомания, или запой. Больной не пьет слишком часто, но раз в 3—4 недели, иногда чаще или реже, начинает испытывать неодолимую тоску с одновременным влечением к алкоголю. Больной тогда начинает пить и пьет 2—3 дня подряд. Потом тоскливое состояние ослабевает и влечение к алкоголю исчезает. Так до следующего приступа. В периодичности этих приступов некоторые психиатры усматривают сходство дипсомании с маниакально-депрессивным психозом или эпилепсией.

Алкоголь очень вреден эпилептикам и травматикам. У эпилептиков он вызывает учащение припадков.

Кроме того, в некоторых случаях может развиться алкогольная эпилепсия, т. е. симптоматическая эпилепсия на почве хронического алкоголизма. Эпилептоидные припадки при алкогольной эпилепсии почти ничем не отличаются от больших припадков настоящей генуинной эпилепсии. Деградация личности при алкогольной эпилепсии развивается по алкогольному типу, а не по эпилептическому.

Алкогольные психозы (белая горячка, галлюциноз) могут наблюдаться повторно или принимать затяжное течение. В конечном же результате хронический алкоголизм приводит к деградации личности со снижением интеллекта, уплощенностью эмоциональной сферы и т. д.

При длительном хроническом алкоголизме могут наблюдаться и патологоанатомические изменения, например: жировое перерождение корковых клеток, очаги паренхиматозного распада в коре с размножением глии, мелкие кровоизлияния в коре.

Лечение хронических алкоголиков проводится антабусом, а также с помощью гипнотерапии, по принципу выработки условнорефлекторных тошнотных ощущений и рвотных движений.

В некоторых случаях гипнотерапия действует положительно. Один больной под влиянием проводимых мною в гипнозе внушений отвращения к алкоголю, вплоть до рвотных движений при одном только запахе водки, не пьет уже длительное время. Полезно в таких случаях подкреплять силу внушения одним сеансом в 1—1,5 месяца.

Условнорефлекторное лечение заключается в инъекциях апоморфина с последующей дачей рюмки водки перед началом рвоты. Спустя 2—3 недели больного можно выписывать, и некоторое время он после лечения действительно не пьет. Но для прочности этого метода лечения необходимы повторные 2—3-дневные сеансы лечения через каждые 1,5—2 месяца в течение первого года после проведенного курса лечения. Тогда результаты становятся более благоприятными.

Всякий условный рефлекс, оставаясь в дальнейшем без систематических подкреплений (в данном случае инъекций апоморфина), гаснет. Кроме того, условный рефлекс наиболее сильно действует в той обстановке, в ко-

торой он выработан. Хорошо действующий условный рвотный рефлекс в больничной (привычной) обстановке будет действовать ослабленно в другой, новой обстановке — в ресторане, на товарищеской вечеринке и т. д.

Проводящееся в клинике в небольших размерах лечение антабусом (тетраэтилтиурамдисульфидом, или, иначе, дисульфирамом) основано на сенсибилизирующем его действии по отношению к алкоголю. В период наступающей сенсибилизации мы время от времени даем больным небольшую дозу алкоголя, которая вызывает очень неприятное субъективное самочувствие, сопровождающееся резким покраснением головы, шеи, приступами удушья и т. д. В дальнейшем в силу соответствующего условнорефлекторного механизма больные избегают приемов алкоголя.

В период отвыкания от постоянного употребления алкоголя необходимо следить за питанием больных, их общим режимом дня. Нужно наладить регулярный хороший сон, желательно общеукрепляющее лечение.

При белой горячке мы стараемся как можно скорее вызвать длительный, глубокий сон. С этой целью в некоторых случаях даются повышенные дозы снотворных, вплоть до 0,3 *г* люминала в 100 *мл* воды с добавлением 10 *г* 70% спирта. В общем как при белой горячке, так и при других алкогольных психозах лечение в основном симптоматическое.

НАРКОМАНИИ. ОЛИГОФРЕНИИ

В жизни каждого человека бывают тяжелые переживания, физические страдания и другие моменты, выводящие нас из психического равновесия. Большинство людей справляется с этими обстоятельствами без каких-либо последствий. Однако отдельные лица, менее устойчивые, иногда заболевают реактивной депрессией или меланхолией, другие же прибегают к алкоголю и другим наркотикам, понижающим чувство восприимчивости. Некоторые люди чаще всего из наркотиков применяют морфий. Заглушая морфием свою душевную боль или облегчая тяжелые физические страдания, они быстро привыкают к нему, не могут без него обойтись и, принимая все большие и большие дозы, становятся морфинистами. При попытках отвыкнуть от морфия, воздержании от очередной инъекции, морфинисты испытывают тягостные явления морфийной абстиненции. У них наблюдается в такие минуты двигательное беспокойство, чувство страха и депрессии, сильная усталость. Они испытывают зябкость, начинают чихать и зевать, не могут заснуть, появляются болезненные ощущения и т. д.

Тело морфинистов в мелких рубцах от частых воспалительных процессов, так как инъекции морфия они делают нестерильно.

У морфинистов узкие зрачки и быстрые колебания повышенного и пониженного настроения.

В конце концов морфинист обращается к врачу и, боясь мучений при лишении его морфия, заявляет о гораздо большей дозе, чем он фактически принимает. Поэтому, начиная лечение, следует снижать дозу морфия сразу наполовину, а в дальнейшем равномерно в течение 7—8 дней, заканчивая его дачу к 9—10 дню. При таком постепенном снижении дозы морфия явления абстиненции слабее, но все же за больным нужно внимательно следить, чтобы в это время у него не ослабела деятельность сердца. Полезны с самого начала инъекции кофеина по 2—3 раза в день, они поддерживают деятельность сердца, и явления абстиненции при них смягчаются.

В особо тяжелых случаях дело может дойти до своеобразной морфийной белой горячки.

Морфинизмом больше страдают в капиталистических странах. В СССР это явление встречается все реже и реже.

Благодаря бо́льшей доступности морфия, это заболевание чаще встречается у лиц медицинской профессии. Лечение морфинизма затруднено тем, что морфинисты склонны давать рецидивы.

Не постепенно, а сразу следует отнимать кокаин. Кокаин принимают, втирая его в порошкообразном виде (или в мазях) в слизистую оболочку носа. Для кокаинистов характерно наличие своеобразного ощущения ползания мурашек под кожей. В некоторых случаях дело может дойти до кокаинного бреда с галлюцинациями и с наличием эйфории.

Остановимся на некоторых отравлениях, протекающих с психотическими явлениями.

Отравление ТЭС (тетраэтилсвинец). При этом отравлении развивается делириозное состояние, возникают эпилептиформные припадки, наблюдаются головные боли и бессонница, оглушенное состояние сознания, речевое возбуждение, эйфория, тремор конечностей, атаксия при походке и т. д. У больных появляется своеобразное ощущение, словно у них во рту волосы. В моче появляется белок, развивается гломерулонефрит, и больные большей частью погибают.

Чаще всего это отравление наблюдается у работников автотранспорта, которые иногда пьют горючие смеси.

Отравление антифризом, употребляемым для заливки в радиатор, чтобы в нем не замерзала вода, наблюдается преимущественно у шоферов. Явления отрав-

ления начинаются с эйфории, переходящей в оглушенное состояние сознания, затем развивается кома и наступает смерть.

При отравлениях ТЭС и антифризом показаны спинномозговые пункции и частые повторные вливания глюкозы.

При отравлении угарным газом в тяжелых случаях наступает потеря сознания и смерть, в более же легких случаях может развиваться делириозный синдром (бред, галлюцинации). После непродолжительного лечения больные выздоравливают.

При отравлении атропином (белладонна) наблюдаются сильные головные боли, тошнота, зрительные галлюцинации, двигательное возбуждение, боязливость, резко расширенные зрачки, крупный тремор конечностей. Рекомендуется промывание желудка, морфий подкожно.

Перейдем к рассмотрению темы о слабоумии в результате врожденной недостаточности в развитии мозга.

Случаи врожденного слабоумия называются олигофренией, или малоумием.

Олигофрения возникает либо вследствие недостаточного развития головного мозга (поражение плода), либо является результатом задержки в развитии его в связи с мозговыми заболеваниями в раннем детском возрасте. Несмотря на различие патогенеза в обоих случаях, клиническая картина является сходной. Для нее характерно отсутствие активного процесса, отсутствие прогредиентности: мы имеем дело либо со стойкой врожденной недостаточностью, либо со стойкими остаточными явлениями, задерживающими дальнейшее развитие мозга.

Различаются три степени умственного недоразвития: идиотия, имбецильность, дебильность.

Самой тяжелой степенью умственного недоразвития является идиотия, при которой почти полностью отсутствуют психические функции. Больные не умеют говорить, нечленораздельно кричат, реагируют на сильную боль, наклонны к агрессивности, часто пытаются кусаться, время проводят на одном месте, нередко ритмически раскачиваясь головой и туловищем, прожорливы.

В более легких случаях все же развивается минимальный контакт с окружающими.

Можно думать, что в случаях идиотии 2-я сигнальная система совершенно отсутствует. Идиоты обычно не очень долговечны.

Средней степенью умственного недоразвития является имбецильность. Имбецилы способны к обучению, к несложному труду. У них отмечается крайняя отсталость, бедность абстрактных понятий. Мышление носит исключительно конкретный характер. Мы можем считать, что у них чрезвычайно недоразвита 2-я сигнальная система.

Самой легкой степенью умственного недоразвития является дебильность. Дебилы могут учиться в школе и окончить несколько классов, в дальнейшем они неплохо работают, изучив какое-нибудь практическое ремесло.

Они испытывают лишь некоторые затруднения с образованием понятий, им трудно дается абстрактное мышление. В жизни они не могут занять совершенно самостоятельного положения, обычно подражают поведению других людей. Мы считаем, что у них относительно недоразвита 2-я сигнальная система.

В литературе описаны случаи так называемого высшего слабоумия. Этот не совсем удачный термин означает самые легкие случаи умственного недоразвития с выраженной стереотипностью в мышлении и наклонностью к предвзятости.

Олигофреники отличаются, кроме того, и физическим недоразвитием всего организма. Они очень маленького роста, или, реже, очень высокого. Отмечается детскость в строении тела, склонность к отложению жира. Наблюдаются аномалии строения отдельных частей тела. Могут быть лишние шестые пальцы, между пальцами — перепонки. Речь замедленная, запас слов ограничен. Часто бывает ночное недержание мочи. Олигофреники бывают либо подвижные, склонные к возбудимости (эретические), либо, наоборот, вялые, неподвижные, так называемые торпидные олигофреники.

Перейдем к соответствующей демонстрации.

Больной В., 24 лет, в школе учиться не мог, с детства отмечалась задержка умственных способностей. Мать считает, что стал отставать в умственном развитии после какого-то заболевания, перенесенного в двухлетнем возрасте. Дома ничем не занимался, бесцельно бегал по деревне, а в последнее время стал

возбужден и агрессивен. Больной выглядит моложе своих лет, выражение лица у него бессмысленное, размеры черепа недостаточны, узкий и высокий лоб. Если больного спрашивать, как называется наш город, какая протекает в городе река и т. д., то на все эти и им подобные вопросы больной будет просто молчать.

(Больного вводят в аудиторию.)

— Как зовут?

— Ваня.

— А фамилия как?

— Ваня — это я.

— Сколько тебе лет?

Вместо ответа смеется, вскакивает, начинает ходить по аудитории.

— Где у тебя правая рука? Покажи!

Вместо ответа больной протягивает левую руку и что-то невнятно говорит.

— Ваня, хочешь конфету?

— Ваня — это я,— в то же время берет предложенную конфету и с жадностью ее съедает.

— Ваня, кто здесь сидит? Что это за люди?

— Это я.

— Ваня, где у тебя глаза? Покажи.

Вместо ответа больной показывает ухо.

У больного ярко выраженная имбецильность.

Патогенез и патологическая анатомия в отдельных случаях позволяет строить нозологическую группировку. Следует запомнить разновидности, могущие обусловить олигофрению: микроцефалию, кретинизм и др.

Микроцефалия возникает вследствие поражений еще в утробном периоде жизни. У микроцефалов резко недоразвита лобная часть черепа. Лицевая часть черепа развита сильнее. Череп мал, мозг весит 500—700 *г*.

Следующими разновидностями олигофрении являются олигофрении на почве головной водянки в результате сифилиса или энцефалита раннего детского возраста.

Некоторые случаи олигофрении развиваются на почве отравления плода, если мать, например, заболевает уремией.

Особая форма олигофрении — кретинизм — связана с недостаточностью в развитии щитовидной железы. У кретинов наблюдается кроме слабоумия карликовый рост и микседема. В последнее время описаны случаи олигофрении, вызванные заражением одним из видов простей-

ших. Заражение может иметь место у матери, и тогда это отражается на плоде. Может произойти заражение токсоплазмозом и в первые годы жизни ребенка. Диагностика этих, сравнительно редких, случаев сложна. В лечебном отношении помогают антибиотики.

Обычно олигофреники отличаются недолговечностью жизни.

Клинические явления протекают большей частью без особых колебаний, но все же можно отметить, что с годами несколько улучшается приспособление олигофреников к практике жизни. При постановке диагноза олигофрении всегда нужно помнить о возможных случаях культурной отсталости. Такие отсталые люди, но вполне здоровые, при соответствующем воздействии быстро наверстывают упущения в своем развитии. Существуют специальные школы, где дебилики, а в некоторых случаях и легкие имбецилы обучаются какому-нибудь практическому ремеслу, чтобы в дальнейшей жизни быть экономически самостоятельными. Попутно с изучением ремесла в этих школах проходят сокращенный курс обучения за 2—3 класса нормальной школы.

При олигофрениях на почве сифилиса показано антисифилитическое лечение, при кретинизме полезны препараты щитовидной железы, в случаях гидроцефалии делают повторные пункции.

Приведу литературный пример, заимствованный из судебной психиатрии.

«**Некто Б.**, 25 лет, обвиняется в том, что на работе в присутствии женщин обнажался и допускал нецензурные выражения.

Из беседы с больным и его матерью установлено, что он отставал в развитии от своих сверстников, поздно начал ходить (2,5 лет) и говорить (с 5 лет). Речь осталась дефектной. В школе учился плохо, с трудом окончил 3 класса вспомогательной школы. Часто на уроках сидел под партой и оттуда пронзительно кричал. Дома был непослушен, упрям, с полным безразличием относился к родным. В их присутствии допускал самые циничные выражения. Периодически устраивался на работу, не требующую квалификации, но на работе долго не удерживался. До ареста по настоящему делу работал грузчиком. В последнее время отмечает у себя периодические состояния сексуального возбуждения: в таком состоянии он пристает к женщинам любого возраста, обнажается и т. д. Подобное поведение и послужило причиной для возбуждения настоящего дела о хулиганстве.

При экспертизе установлено, что телосложение у Б. неправильное: конечности непропорциональны, лицо асимметричное.

Во время беседы больной держит себя непринужденно, фа-

мильярно, называет врача на «ты». Речь его дефектна, шепелявая; многие слова он произносит совершенно неразборчиво. Запас слов, которыми он оперирует, скуден, ограничен самыми обиходными словами. Содержанием беседы не заинтересован. С полным безразличием относится к неприятным для него вопросам. Эмоциональной реакции на арест не дает. Совершенно спокойно с употреблением самых циничных выражений сообщает о своем преступлении, не осмысливает, в чем его вина, не обеспокоен возможностью наказания. В палате он все время в движении, обращается ко всем окружающим с различными нелепыми вопросами, назойливо повторяет одни и те же просьбы и тут же забывает, о чем просил. На прогулках, а иногда и в палате он нередко пляшет, поет, беспричинно смеется; иногда же он лазит под стол и, сидя там, громко хохочет, поет, кукарекает. Никаких желаний и интересов больной не высказывает, очень доволен пребыванием в институте, готов «жить» здесь всегда, «только бы кушать побольше давали». О своих родных не вспоминает, говорит о них с полным равнодушием. Другие больные часто избирают его объектом насмешек, пользуются его легковерием и внушаемостью. Под воздействием окружающих он охотно совершает различные нелепые поступки: пьет воду из унитаза в уборной, обнажается, сидит под столом и хватает за ноги проходящих. Он не имеет элементарных школьных знаний, едва читает по слогам, пишет с грубыми ошибками, пропись букв неправильна. Элементарный счет производит старательно, но дает правильное решение лишь в пределах первого десятка. Мышление его сугубо конкретного типа, абстрактные суждения и умозаключения ему недоступны. Не улавливает сходства и отличия между явлениями, а также и между предметами. Смысл слов и выражений, имеющих отвлеченное значение, совершенно не понимает».

Этот случай был оценен в институте Сербского как дебильность в выраженной степени, и больной признан невменяемым.

СТАРЧЕСКИЕ, ПРЕДСТАРЧЕСКИЕ, АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ. ПСИХОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В старости у людей чрезвычайно понижается возбудимость и работоспособность коры. На фоне низкой ее возбудимости особенно ослабляется внутреннее, активное торможение. Вот почему в преклонном возрасте наблюдается склонность к стариковской болтливости, что в норме было бы задержано, заторможено, отдифференцировано в силу жизненного такта.

В нормальном мозгу рядом с главенствующим раздражением до известной степени действуют и другие сосуществующие раздражения, которые вызывают соответственные рефлексы, особенно старые зафиксированные (автоматизированные). Обыкновенно в нашем поведении мы реагируем не одиночно, а комплексно, соответственно сложному составу окружающей нас обстановки.

В старости дело обстоит иначе. Сосредоточиваясь на одном раздражении, старики отрицательной индукцией исключают действие других, побочных, но одновременных раздражений и потому часто поступают несообразно с данными условиями, т. е. не дают общую реакцию на всю обстановку.

Представьте себе такой маленький пример. Старик смотрит на нужный ему предмет, берет его, но в то же время не видит или мало замечает то, что находится рядом, соприкасается с ним, и потому задевает, роняет соседние предметы. Обычно это называют стариковской рассеянностью, но это неверно. Тут, наоборот, имеется со-

средоточенность, но не волевая, а пассивная, дефектная. По этой же причине бывают и такие случаи, когда старик, одеваясь и в то же время думая о чем-либо или говоря с кем-нибудь, уходит без шапки, берет одну вещь вместо другой и т. п.

В старости при наступающей очень низкой возбудимости коры в чрезвычайной степени усиливаются явления внешнего торможения, отрицательной индукции, а с другой стороны, падает и сила внутреннего, активного торможения. Все это обусловливает многие явления в психологии физиологической старости.

У стариков отмечается ослабление памяти на текущие события, пониженная запоминаемость современного. При этом память на события, имевшие место давно, в большей или меньшей мере все же остается сохраненной.

На фоне таких общих изменений в функционировании старческого мозга развивается в некоторых случаях старческий психоз. Он наступает обычно в 70—75-летнем возрасте.

Наиболее часто встречающейся формой старческих психозов является *старческое слабоумие.*

У глубокого старика, старше 70 лет, к целому ряду физических старческих изменений присоединяются в усиленной степени характерные особенности памяти пожилого возраста.

Больной забывает, какой сегодня день, не помнит, что было на обед, и в то же время без особого труда вспоминает о событиях давно прошедших, о своей молодости и т. д.

Внешне больные становятся чрезвычайно неряшливыми. Они собирают всякий хлам и мусор, прячут собранное, чтобы у них не отняли. Они становятся чувственно тупыми, не проникаются интересами близких родных, равнодушны к окружающему. Больные плохо спят, по ночам у них возникает беспокойство, им все кажется, что их стараются обокрасть и т. д. Часто развивается бред обкрадывания, временами наблюдаются и галлюцинаторные явления. Быстро прогрессируют явления слабоумия.

При патологоанатомическом исследовании обнаруживаются участки аморфной массы продуктов распада (некроз) среди корковых клеток, преимущественно в лобных долях. Это так называемые сенильные друзы.

Лечение старческих психозов — симптоматическое.

Приведу литературный пример, заимствованный из руководства проф. В. А. Гиляровского.

«**Больная Б.,** 88 лет, вдова, неграмотная. Дочь больной, придя однажды со службы, заметила в матери какую-то перемену — всегда живая, деятельная, она стояла неподвижно у окна, в комнате не было обычного порядка, обед оказался не подогретым. Больная подозвала к себе дочь, предложила ей прислушаться к шуму на улице, говорила, что там происходит что-то неладное, кого-то режут, избивают, в воздухе перед собой видела отрезанную голову, на полу — лужу крови, которую она тщательно пыталась отмыть. К вечеру стала очень суетлива, нелепа — рвала газетную бумагу на мелкие клочья, дула на них, разбрасывала по полу крошки хлеба, переставляла с одного места на другое посуду. Ночь совсем не спала, ходила торопливыми шагами по комнате, брала ведра, чтобы идти за водой, говорила, что должна выполнить поденную работу. Такое состояние длилось несколько суток, наблюдалась бессонница, нелепое перестилание постели, развешивание белья в комнате; она несколько раз пересчитывала и перебирала посуду в шкафу, при этом что-то невнятно шептала и жестикулировала; наливая в банку воду, насыпая туда же уголь и бросая в нее незажженную спичку, считала, что ставит самовар; ворчала, когда ей пытались мешать. Знала, что она находится дома, но адрес правильно назвать не могла; дочь свою узнавала, но звала ее по имени и отчеству, забыла, сколько ей и дочери лет, считала, что крепостное право еще в силе, охотно рассказывала о своей работе у барыни, Елизаветы Ивановны. Барыня сердитая, больно бьет ее по щекам и ставит на колени.

Со стороны интеллектуальной сферы отмечается общее угасание, память сохранена на события, относящиеся приблизительно к пятнадцатилетнему возрасту больной; воспоминания событий периода крепостного права довольно хорошие; все, что относится к ее зрелому и пожилому возрасту, припоминает с большим трудом, все путает; нового ничего в памяти удержать не может, не запоминает имен, ни окружающих больных, ни врачей. Пробелы памяти заполняет конфабуляциями, псевдореминисценциями.

Имеются галлюцинации слуха — слышит стуки в дверь, голоса каких-то господ, спрашивающих Елизавету Ивановну. Временами высказывает бредовые идеи обкрадывания, но они нестойки. В поведении большая суетливость и нелепость. Часто ходит по палате, проверяет, закрыты ли двери, собирает поспешно свои вещи, чтобы ехать к отцу в деревню, от разговоров отказывается, так как ей некогда — «надо и кур покормить, и воды натаскать, и пол помыть, да не забыть развесить белье, сосчитать его надо, а то никому верить нельзя, украдут ведь».

Стаскивает с кроватей больных халаты, собирает их себе под подушку, при попытке отобрать кричит «караул» и сильно ругается; связывает вместе полы халата, так что образуется мешок, куда складывает различные мелкие вещи, и так ходит все время».

Чаще, чем со старческими психозами, мы встречаемся с предстарческими, или инволюционными, психозами.

Для инволюционных психозов характерен более молодой возраст в 50—60 лет. К 50 годам наступает большая ранимость (хотя бы функциональная) нервной системы, корковых клеток. Это происходит благодаря измененной и теперь уже недостаточной функции желез внутренней секреции. Для всех форм предстарческих, инволюционных, психозов характерно несколько угнетенное, депрессивное настроение больных. Это угнетенное настроение резче всего проявляется при той форме предстарческих психозов, которую мы называем *инволюционной депрессией.*

У больных инволюционной депрессией наблюдается чаще всего смешанное состояние ажитированной меланхолии. От маниакально-депрессивного психоза эта депрессия отличается тем, что при ней все же можно отметить известную деградацию личности, иногда даже нелепый бред.

Второй формой пресенильных психозов является *инволюционный параноид.* При инволюционном параноиде часто развивается так называемый бред материального ущерба. При этой форме психоза ядро личности обычно сохраняется довольно долго, нет резкой деградации.

Третьей формой инволюционных психозов является психоз, в клинической картине которого наблюдается много кататонических симптомов, так называемая *поздняя кататония.*

Предстарческие психозы длятся 1—2 года и заканчиваются в большинстве случаев улучшением в состоянии больных.

Можно считать четвертой формой предстарческих психозов *инволюционную истерию,* когда у пожилых лиц к 50 годам чрезвычайно повышается склонность ко всякого рода психогенным реактивным психотическим вспышкам.

С патологоанатомической стороны можно отметить при описываемых психозах постепенно развивающиеся дегенеративные изменения в нервных клетках (корковых) и глии без воспалительных явлений.

Лечить инволюционные психозы следует различными эндокринными препаратами, при предстарческой меланхолии можно рекомендовать курс опийной терапии. В некоторых случаях успешно действует инсулинотерапия. Хорошие результаты наблюдаются при электросудорожной терапии и применении мелипрамина.

Перейдем к демонстрации больных.

Больная Е., 48 лет, поступила в психиатрическое отделение с жалобами на головные боли. Замужем 15 лет, имеет двоих детей. Больная работала разнорабочей, психически раньше не болела. По характеру была доброй, общительной. Незадолго до поступления в клинику у больной появилась бессонница, начались головные боли, стала разговаривать сама с собой. В отделении испытывает все время страх, слуховые галлюцинации и высказывает бред преследования. Больная рассказывает, что слышала какой-то голос, который сказал о том, что она осуждена на двадцать лет тюремного заключения за то, что порвала какие-то ценные документы. Все то, о чем она говорила дома, было слышно на службе при помощи специально изготовленного, секретного аппарата. Ее преследуют и хотят зла. Здесь, в клинике, больную «залечивают». Страдают от преследователей даже ее дети, им в яслях нарочно делают что-то «плохое». Врачи добились того, что дочка стала кашлять кровью. Больная считает, что и в клинике ее «изведут», хотят отравить. Больная хорошо ориентирована, интеллект без грубой патологии, на вопросы (вне бреда) отвечает правильно, по существу. Диагноз: инволюционный параноид.

(Больную вводят в аудиторию.)

— Что вас беспокоит?

— Преследуют меня, отравить хотят.

— Кто вас преследует?

— Злые люди и меня и детей хотят извести.

— Откуда вы знаете об этом?

— Слышала голос, он сказал, что в тюрьме буду двадцать лет сидеть, будут меня травить.

— За что же вас преследуют?

— Голос сказал, что документы порвала, а я ничего не делала плохого.

Другой пример.

Больная Ч., 50 лет. Больная в детстве росла и развивалась нормально, но жила в плохих материально-бытовых условиях, в школу не ходила. Трудовая деятельность началась очень рано, последнее время работала на обувной фабрике. Замужем, имела 4 детей, трое из которых умерли в раннем возрасте. Один ребенок жив. Муж погиб на фронте. У больной появилась бессонница и начались головные боли. Она стала испытывать беспокойство, страх (однажды ей показалось, что она съела отравленную рыбу). Была помещена в психиатрическую клинику. В отделении часто плачет, убивается, непрерывно повторяя: «Я не сумасшедшая, я ничего никому не сделала», испытывает страх. Временами она беспокойна, мечется по палате из угла в угол, плаксивым голосом заявляет, что «никому ничего не сделала, а над ней насмехаются». Иногда слышит голос своей дочери и бежит с плачем к персоналу «почему не пускают мою дочь» и т. д. Диагноз: инволюционная меланхолия.

(Больную вводят в аудиторию.)

— Почему у вас слезы на глазах?

— Не знаю, я не сумасшедшая, зачем смеются надо мной.

— Да кто же смеется?

— А за что засадили меня сюда, я никому ничего не сделала.

— Вас навещает ваша дочь?

— Была у меня, я часто слышу ее голос, а ее не пускают сюда, я так погибну одна совсем.

Больная вскакивает, пытается выбежать в дверь, ее удерживают, она начинает громко рыдать.

Познакомимся еще с некоторыми психическими расстройствами, которые возникают на почве артериосклероза сосудов головного мозга.

При склерозе сосудов мозга возникает хроническая недостаточность в питании корковых клеток. В зависимости от интенсивности и продолжительности склеротического процесса мы можем наблюдать различные состояния от незначительной психической слабости (неврастенический синдром) со снижением работоспособности и вплоть до глубокого слабоумия с апоплектическими инсультами и эпилептиформными припадками.

При артериосклеротических психозах всегда в значительной степени ослаблена память, но все же не так сильно, как при старческом слабоумии.

Картина артериосклеротических психозов выражается либо в состояниях депрессии с бредом и галлюцинациями, либо в состояниях возбуждения с бредом и галлюцинациями. Наблюдается и параноидный синдром с более или менее систематизированным бредом.

При дифференциальном диагнозе обычно помогают очаговые симптомы: параличи, парезы, афазия, агнозия, апраксия и т. д.

Патологоанатомически наблюдаются кровоизлияния в мозгу и участки размягчения, гистологически — распад нервных клеток и разрастание глии.

Лечение и профилактика сводятся к лечению и профилактике артериосклероза. При острых психотических состояниях — симптоматические мероприятия, в случаях апоплектического инсульта и его последствий — лечение по правилам нервной клиники.

Приведем литературный пример, заимствованный из судебной психиатрии.

«**Больная К.,** 50 лет, обвиняется в краже сумки с продуктами. При задержании заявила, что продукты, находящиеся в сумке, могут пригодиться ей для приготовления обеда. Поведение испытуемой во время следствия вызвало сомнение в ее психической полноценности, и она была направлена в институт им. Сербского на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

К. росла здоровым ребенком, ничем не болела, хорошо училась. Отличалась живым, общительным, веселым характером. 24 лет вышла замуж. Успешно занималась домашним хозяйством, большое внимание уделяла воспитанию детей. До 46-летнего возраста чувствовала себя хорошо. В возрасте 46 лет стала рассеянной, раздражительной, слабодушной. Примерно с этого же времени у нее снизилась память, она стала забывчивой, часто теряла вещи, деньги, забывала сделать необходимые покупки, поэтому в течение дня несколько раз возвращалась в магазин. 47 лет она перенесла кровоизлияние в мозг, которое сопровождалось потерей сознания, параличом левой половины тела, нарушением речи. Состояние здоровья улучшалось медленно, в течение четырех месяцев она неподвижно лежала в постели; постепенно движения парализованных конечностей восстановились, восстановилась также и речь. После перенесенного кровоизлияния у больной стало заметно выступать ослабление памяти, усилилась раздражительность и слабоумие. Она много плакала, временами становилась сонливой, жаловалась на головные боли, шум в голове. Домашним хозяйством занималась с трудом.

При обследовании у К. обнаружено увеличение границ сердца и глухие тоны. Периферические артерии резко выступают, жесткие на ощупь. При ходьбе она волочит левую ногу, мышечная сила левой руки ослаблена. Лицо асимметричное, мимика вялая.

Психическое состояние: больная неточно ориентирована в месте и времени, не может назвать месяц и число, улыбаясь говорит, что в голове «все числа и месяца заплетаются». Сведения о себе сообщает крайне непоследовательно, бестолково, не соблюдает хронологический порядок событий, особенно относящихся к последнему времени. Отмечается резкое расстройство запоминания текущих событий, больная тут же забывает о теме беседы, неоднократно возвращается к уже изложенным ею фактам. Не может сообщить, когда и каким образом доставлена в институт, не понимает причины ареста. Не запоминает имен окружающих, постоянно забывает имя врача, с которым беседует ежедневно. Значительно лучше воспроизводит отдельные факты из своего прошлого, помнит свое детство. У больной отмечается выраженное слабодушие, она часто начинает плакать, но легко успокаивается. Во время беседы быстро устает и часто тут же засыпает. Не понимает цели направления ее в институт, не осмысливает своего положения, неоднократно обращается к врачу с просьбой отпустить ее домой, достаточной причиной для этого считает необходимость пойти в магазин за покупками и готовить обед».

Здесь картина тяжелого течения артериосклероза мозга.

Гипертоническая болезнь в основном зависит от спазма самых мелких артерий, артериол. В дальнейшем развивается артериосклероз и болезнь из функциональной стадии переходит в органическую.

Г. Ф. Ланг описал застойные очаги процесса возбуждения в высших отделах центральной нервной системы, которые приводят к длительному повышению артериального давления.

При гипертонической болезни периодически наступает временный спазм мелких сосудов головного мозга, что клинически выражается различными преходящими расстройствами. Больные жалуются на головные боли, головокружения, повышенную утомляемость, настроение становится колеблющимся, неуравновешенным. На фоне таких астенических явлений может внезапно, пароксизмально, возникнуть быстро проходящий психоз с затемнением сознания, напоминающим сумеречное состояние. Возникает тревога, тоска, больные куда-то стремятся бежать. Могут появиться зрительные и слуховые галлюцинации, бред преследования. Такое острое психотическое состояние продолжается несколько дней. Так же внезапно, как и наступает, это состояние заканчивается длительным и глубоким сном.

В других случаях на фоне астенических явлений может возникнуть быстро, без всяких предвестников, состояние, напоминающее синдром ажитированной меланхолии.

То или иное течение болезни сопровождается постепенным ослаблением различных форм психической деятельности, понижается память, слабеет внимание, и в конечном счете дело может дойти до явлений слабоумия.

Дементность особенно быстро и систематически нарастает тогда, когда течение болезни осложняется гипертоническим инсультом, который вызывается в основном спазмами мозговых сосудов (не только мелких, но и более крупных). Клинически наблюдаются различные явления выпадения, которые носят временный характер и в последующем довольно быстро выравниваются.

Таким образом, инсульты в начальной стадии гипертонической болезни носят характер преходящих кризов. Но при дальнейших повторениях этих кризов они с каждым разом все больше и больше снижают личность. У этих больных резко падает память, ослабляется возмож-

ность соображения и комбинирования, больные становятся беспомощными психически, требуют ухода и надзора за собой. Микросимптомы, остающиеся после начальных кризов, при повторных кризах сменяются стойкими явлениями слабоумия и физическими парезами и параличами. Могут наблюдаться и судорожные припадки, мало отличающиеся от обычных больших эпилептических припадков, после которых часами длится довольно глубокое сумеречное состояние сознания. При нем возможны автоматические движения и действия у больного.

В ряде случаев течение гипертонической болезни сопровождается болями в области сердца, сердцебиением, одышкой, приступами грудной жабы ангиоспастического характера.

При лечении больных с нервно-психическими проявлениями гипертонической болезни нужно стараться отсрочить насколько возможно переход функциональной стадии в органическую с необратимыми расстройствами. Необходимо избегать повышения артериального давления, т. е. исходного пункта болезни, устранять по возможности психические волнения. Нужно урегулировать рабочий режим и питание. Желательно избегать жиров, соли, пряностей, ограничивать потребление мяса. Временами можно переходить на молочно-растительную диету. Следует избегать яичных желтков, содержащих много холестерина, ограничивать количество жидкостей. Сон должен быть регулярным и достаточно длительным.

Медикаментозное лечение преимущественно симптоматическое. Применяются средства, снижающие артериальное давление, например, сальсолин. Его полезно комбинировать с папаверином, который способствует смягчению сосудистых спазмов и понижает возбудимость центральной нервной системы.

Учитывая действие диуретина, понижающего артериальное давление, можно рекомендовать следующие порошки: папаверина 0,02 *г*, люминала 0,03 *г*, диуретина 0,5 *г*. Порошки назначаются по одному на прием три раза в день. Полезна настойка чеснока. Хорошо действует сернокислая магнезия внутримышечно (25% раствор по 5 *мл*) и внутривенно глюкоза (40% раствор по 20 *мл*).

Нам близко пришлось наблюдать и принимать участие в лечении тяжелой нервной формы гипертонической болезни, закончившейся смертельно.

Больная В., 49 лет, медсестра, в последние годы не работала, была домохозяйкой. Замужем, имела троих детей. Очень любила свою семью, жила ее интересами.

Пережила в годы Отечественной войны ленинградскую блокаду. Сильно голодала и была в постоянной тревоге за детей, оставшихся с ней, и за мужа, мобилизованного в армию.

По характеру спокойная, уравновешенная, трудолюбивая, пользовалась заслуженным уважением со стороны всех окружающих.

В послевоенные годы стали отмечаться изредка головные боли и легкие головокружения.

В 1954 г., несколько физически переутомившись при сильной жаре, внезапно заболела. Сразу же на фоне головной боли потеряла возможность правильно отвечать на вопросы. Говорила все невпопад. В течение суток развилось затемненное сознание, наступила полная афазия, не могла произнести ни одного членораздельного слова, не узнавала близких, родных.

Такое состояние продолжалось около недели. Затем сознание прояснилось, но речь восстанавливалась постепенно и восстановилась полностью через шесть недель. Одновременно исчезли и наблюдавшиеся явления алексии, аграфии, акалькулии. Физических параличей и парезов не было.

В последующий год состояние было удовлетворительным. Плохо соблюдала режим, временами употребляла жирную пищу (сало), яйца.

Несмотря на отсутствие необходимости, активно принимала участие в домашнем хозяйстве, пыталась даже сама колоть дрова, считая себя «здоровой».

Через год с небольшим повторился гипертонический криз на фоне высокого артериального давления. Наступила потеря сознания, поражение речи в форме амнестической афазии. Речь восстановилась полностью, но стали слегка намечаться некоторые явления снижения личности. Раньше больная очень любила художественную литературу, много читала, с интересом обсуждала литературные новинки. После 2-го приступа болезни стала значительно меньше читать, как-то быстро уставала от чтения и заметно ослабела возможность критической оценки прочитанного. В хозяйственной жизни семьи проявляла активность, многое делала своими руками.

В конце следующего, 1956 г. наступил третий гипертонический криз. После этого криза речь полностью не восстановилась, сохранились элементы амнестической афазии. Стремление к активности сохранилось, но часто в хозяйстве делала не то, что надо. Например, вместо графина наливала воду в банку с сахаром и медленно, с трудом, осмысливала свою неудачу. Совсем перестала читать. Затруднялась при подсчете денег, путала дни недели. Предельная ласковость к членам семьи и посильная о них забота сохранились.

Вскоре появились судорожные припадки, почти не отличимые от больших эпилептических припадков. После припадка в течение нескольких часов отмечалось сумеречное сознание, автоматические действия (то застегивание, то расстегивание пуговиц).

В 1957 г. — четвертый гипертонический криз. Расстройства речи усилились, стали наблюдаться проявления моторной афазии. Наступил парез правой нижней конечности. По ночам стало

наблюдаться беспокойство (пыталась вскакивать, завязывать вещи в узел, стремиться куда-то и т. д.).

По-прежнему сохранялись приветливость к окружающим и посильная забота о членах семьи. Осенью 1958 г. из-за нараставших явлений ночного беспокойства больную пришлось поместить в спокойную палату психиатрической клиники.

Вскоре, несмотря на строгую диету и непрерывающееся лечение, наступил пятый криз с потерей сознания, полным параличом речи, явлениями тетрапареза. Через несколько дней сознание стало проясняться (узнавала мужа, радостно улыбалась при чтении ей писем от дочери), но вскоре наступила полная потеря сознания. Такая глубокая потеря сознания продолжалась свыше недели, затем присоединились явления очаговой пневмонии, и больная, не приходя в сознание, скончалась.

ПСИХОПАТИИ. РЕАКТИВНЫЕ И ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

И. П. Павлов писал: «Не постоянное ли горе жизни состоит в том, что люди большей частью не понимают друг друга, не могут войти один в состояние другого!» [1].

В ряде случаев можно хотя бы догадаться более или менее правильно о переживаниях другого человека, но бывает, что этого нельзя достичь и невозможно найти объяснения его поступкам. В таких случаях надо подумать, имеем ли мы дело с вполне нормальным психически человеком или перед нами анормальный вариант человеческой личности с дисгармонией психических свойств и неадэкватностью реакций на внешние раздражения. Такие случаи называются психопатиями и представляют собой нарушения со стороны темперамента и характера, развившиеся под влиянием внешних факторов на основе каких-нибудь резко выраженных индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности.

Впервые термин «психопатия» был применен И. М. Балинским в 1884 г. при экспертизе в суде. Этим понятием определялось не наличие психического заболевания как процесса, а констатировалось лишь болезненно-извращенное развитие личности.

Психопаты — люди с тяжелым, неуживчивым характером, мучающиеся сами и доставляющие немало хлопот окружающим.

---

[1] И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности. 7-е изд. Медгиз, 1951, стр. 15.

Пять лет спустя после И. М. Балинского, в 1889 г., этот же термин был применен и немецким психиатром Кохом.

Для психопатий характерно отсутствие деструктивных процессов. Отсутствуют у психопатов и формальные признаки психоза в обычных состояниях, вне обострений и реакций.

В этиологии психопатии предрасполагающую роль играют конституциональные особенности личности (комплекс врожденных и приобретенных свойств); также не менее существенную роль занимают социально-ситуационные моменты.

Чем больше в данном конкретном случае психопатии конституциональных моментов, тем этот случай ближе к собственно психопатиям («ядерные» психопатии), и, наоборот, чем больше в происхождении другого случая психопатии социально-ситуационных моментов, тем больше этот случай близок к патологическому развитию личности.

Московский психиатр П. Б. Ганнушкин писал о том, что можно определенно сказать, что правильно организованная социальная среда будет заглушать выявление и рост психопатий; можно с полным основанием думать, что социалистическое устройство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с новой социальной средой будет препятствовать проявлению психопатий и явится залогом создания нового человека.

Имеются следующие группы психопатов:

Неустойчивые психопаты — люди ни над чем долго не задумывающиеся, они мимолетно переживают и горе и радость, отличаются слабовольностью.

Неустойчивые психопаты часто всецело находятся под впечатлением текущих событий, очень легко подпадают под чужое влияние. Они мягки, незлобивы и добродушны.

Гипертимные психопаты — это общительные, отзывчивые и приветливые люди; они склонны работать с увлечением, но отличаются от настоящих сангвиников тем, что непродуктивно расходуют свои силы. Они суетливы, по временам проявляют чрезмерные реакции. Подчас они бывают утомительны для окружающих своей беспокойной деятельностью, своей многоречивостью. Движения, мимика, речь, чувства у гипертимных психопатов несколько экспансивны.

Есть основание считать гипертимных психопатов

представителями сильного типа высшей нервной деятельности, но неуравновешенными, с относительно недостаточным торможением, хорошей подвижностью нервных процессов и с некоторым преобладанием 1-й сигнальной системы.

Депрессивные психопаты — это люди с часто наступающими беспричинными состояниями угнетения, подавленности. У них почти постоянное чувство недовольства своим жизненным положением и окружающей их обстановкой. Депрессивные психопаты считают себя мало пригодными к жизни, обузой для близких и для общества. Они медлительны в движениях и работу свою выполняют неспеша.

Депрессивных психопатов можно отнести к представителям одной из вариаций слабого типа высшей нервной деятельности.

Параноические психопаты — это люди с негибким интеллектом и эмоциями, способность психического переключения у них понижена. Раз возникшая какая-нибудь идея надолго застревает у них в сознании. Их мышление несколько схематично, они склонны к преувеличениям своих возможностей, подчас без должного основания считают себя новаторами. Несогласие с ними параноические психопаты расценивают как проявление недоброжелательства, они подозрительны, недоверчивы.

Параноических психопатов можно отнести к представителям сильного типа высшей нервной деятельности, видимо, несколько неуравновешенным, с относительной слабостью процесса торможения. У параноических психопатов подвижность нервных процессов медленная, со склонностью к застойности, инертности. Наблюдается преобладание 2-й сигнальной системы.

Астенические психопаты — это люди неуверенные в себе, маловыносливые в трудностях, легко эмоционально ранимые. Изменение привычного режима, работы, усложнение жизненной обстановки — все это вызывает у астенических психопатов быстрое утомление и растерянность. Они склонны к навязчивым состояниям и фобиям.

Астенические психопаты относятся к представителям одной из вариаций слабого типа высшей нервной деятельности с медленной подвижностью нервных процессов и, пожалуй, с относительным преобладанием 2-й сигнальной системы.

Психопаты-истерики. Это люди с некоторой нежностью моторики, богатством грациозных движений. У них подвижна мимика, хорошо развиты выразительные движения. Истероидные психопаты повышенно впечатлительны, легко отвлекаемы и внушаемы, они склонны к рисовке, любят быть в центре внимания. Они эгоцентричны и театральны. Эмоциональная сфера у них лабильная и легко ранимая, отмечается нелюбовь к отвлеченному, абстрактному мышлению, в жизни они недостаточно самостоятельны. Мышление истероидных психопатов носит образно-эмоциональный или конкретно-синтетический характер.

Эта группа психопатов является представителями слабого типа высшей нервной деятельности с выраженным преобладанием 1-й сигнальной системы.

Лгуны и фантасты — эта группа психопатов близко примыкает к предыдущей. Это люди с повышенной силой воображения и фантазии, они любят рассказывать небылицы и сами порой склонны увлекаться своими вымыслами так, словно они верят им на самом деле.

Психопаты-психастеники. Это люди нерешительные, боязливые, склонные к сомнениям, у них вялая эмоциональная окраска текущих переживаний реальной жизни и в то же время значительно более яркая эмоциональная окрашенность мира представлений о будущем или прошедшем. Психастеники склонны к навязчивым мыслям и представлениям, их мышление носит отвлеченно-словесный или абстрактно-аналитический характер.

Психастеники — представители слабого типа высшей нервной деятельности с выраженным преобладанием 2-й сигнальной системы и медленной подвижностью нервных процессов.

Одержимые влечениями — это психопаты, в поведении которых временами доминируют импульсивные действия, т. е. иногда у них в сознании появляются патологические влечения неожиданно и с такой силой, что одержимые психопаты не могут не претворить их в действие.

В качестве примеров упомянем о пиромании — неудержимом влечении к поджогам — и о клептомании — непреодолимом стремлении взять себе чужую вещь (хотя бы и ненужную).

Следует еще упомянуть, что среди гипертимных и па-

рапоических психопатов можно выделить своеобразные подгруппы так называемых *возбудимых психопатов.*

Наконец, среди психопатов, одержимых влечениями, можно указать на группу, страдающих извращением сексуальных влечений, испытывающих противоестественное половое стремление к лицам собственного пола (гомосексуализм).

Течение и прогноз психопатических состояний определяется колебаниями, в зависимости от биологических факторов (возрастные кризы, соматические заболевания) и от социальных (влияние среды).

Вообще же можно отметить, что с течением времени психопаты все более и более приспосабливаются к жизни и обычно удерживаются в ней, попадая в наше ведение только при обострениях или при реактивных состояниях в связи с какими-либо тяжело для них переносимыми жизненными трудностями (производственные неудачи, неустройство семьи и быта, физические болезни и т. д.).

Психопаты по нашему законодательству вменяемы и ответственны за свои деяния (за очень редкими исключениями).

Есть группа психических заболеваний, которые возникают в непосредственной связи с травмирующим действием на психику тяжелых и неприятных переживаний, связанных с внешними условиями жизни. Это — реактивные психозы.

Вполне понятно, что сама патопластика (содержание) реактивных психозов в значительной степени обусловливается вызвавшими их психогенными факторами.

Реактивный психоз может возникнуть и у совершенно здорового до того человека, и у лица, страдающего той или иной формой психопатии.

Прогноз при реактивных психозах благоприятный.

Необходимо запомнить следующие формы:

Реактивная депрессия, или *меланхолическая форма реактивного психоза,* выражается в развитии депрессивного синдрома у больного. В отличие от меланхолической фазы маниакально-депрессивного психоза при реактивной депрессии могут наблюдаться и идеи преследования. Продолжительность — от нескольких недель до нескольких месяцев.

Реактивный параноид, или *параноическая форма реактивного психоза,* характеризуется развитием бредовых

идей, более или менее систематизированных, в которых отражается травмировавшая больного ситуация. При этой форме могут наблюдаться и галлюцинаторные явления.

Длительность параноической формы реактивного психоза, или реактивного параноида, несколько месяцев.

Рассмотрим литературный пример реактивного параноида, заимствованный из судебной психиатрии.

«**Больной А.**, 36 лет, бухгалтер. В анамнезе — осколочное ранение в бровь и контузия. Алкоголем не злоупотребляет. Последний год в связи с переутомлением стал страдать головными болями. Отмечает снижение памяти и повышенную утомляемость.

12 сентября 1945 г. испытуемый вместе с группой сослуживцев выехал с Украины в г. Казань. До Москвы ехал трое суток. В дороге мало спал (два — три часа в сутки), опасаясь за сохранность вещей. В пути выпивал по 100—150 *г* водки в день.

По прибытии в Москву в течение суток оставался на вокзале. Чувствовал себя очень утомленным, не спал. На следующий день стал испытывать непонятную тревогу, беспокойство. Он вдруг почувствовал себя в центре всеобщего внимания, заметил, что окружающие «не спускают с него глаз», делают друг другу какие-то знаки, очевидно, сговариваются «прикончить» его. Во время обеда сидящий за соседним столиком гражданин показывал соседям какой-то флакончик. А. понял, что его «хотят отравить за обедом». Он встал из-за стола и устремился к выходу. В дверях он заметил двух граждан, которые держали в руках гвозди и спрашивали друг друга: «Пройдет или не пройдет». Стало ясно, что речь идет о том, пройдет ли гвоздь через его тело или нет. Испытывал сильнейший страх, казалось, что на него действуют гипнозом.

Вечером испытуемый сел в вагон, чтобы продолжать поездку. В вагоне «преследования» продолжались. Он стал раздавать пассажирам свои вещи и просил сохранить ему жизнь. Затем он прыгнул на верхнюю полку и оттуда с тревогой следил за происходящим вокруг.

Вдруг он заметил в купе постороннего человека, который в упор смотрел на испытуемого и «ощупывал рукой в кармане оружие». Испытуемый понял, что сейчас он будет убит, вскочил с места и с криком «чей ты?» в упор выстрелил в подозрительного гражданина. При задержании оказывал резкое сопротивление, так как полагал, что подвергся нападению «шайки бандитов». Выходя из вагона, крикнул: «Сколько ни работайте, все равно вас разоблачат».

В институт им. Сербского испытуемый поступил через два месяца после происшествия. Первое время продолжал утверждать, что все пережитое им было реальной действительностью. Постепенно, однако, начало восстанавливаться критическое отношение к перенесенному болезненному состоянию. Ко времени выписки из института критика восстановилась полностью.

А. был признан совершившим преступление в состоянии временного расстройства душевной деятельности в форме реактивного параноида и невменяемым».

Наиболее частой формой реактивных психозов являются *истерические психозы.* Особенно легко они возникают у истероидных психопатов, но истерические реакции могут развиться и у совершенно здорового человека. Запомните следующие формы истерических психозов.

Истерическое сумеречное состояние — помраченное сознание с обильными зрительными, реже слуховыми галлюцинациями. В этом состоянии перед больным разыгрываются целые сцены, в которых подчас сам больной принимает участие. Психическая травма, вызвавшая психоз, обычно отражается в содержании психотической картины.

Истерическое сумеречное состояние может продолжаться от нескольких часов и дней до нескольких недель и заканчивается выздоровлением.

Псевдодементная форма истерического психоза, или *псевдодеменция,* характеризуется чрезвычайно нелепым поведением и нелепыми ответами больных. Эти больные путают самые обыкновенные предметы обиходной жизни: дверь называют окном, стул столом, при просьбе показать ухо показывают глаз, не могут сосчитать количество пальцев на одной руке и т. д.

Это более затяжная форма истерических психозов и может продолжаться несколько месяцев и даже целый год.

Если псевдодеменция сопровождается и истерическим сумеречным состоянием сознания, то такое реактивное психотическое состояние называется *ганзеровским синдромом.*

Псевдодеменция и ганзеровский синдром нередко возникают в условиях тюремного заключения.

Наконец, *пуэрильная форма истерического психоза, истерический пуэрилизм,* заключается в том, что больные ведут себя, как маленькие дети. Они говорят детским языком, искажая слова, неуклюже ходят или даже ползают по полу, играют игрушками, мужчины скачут на палочке, как на лошадке, женщины возятся с куклами. Довольно часто псевдодеменция сочетается с пуэрилизмом.

На этом мы заканчиваем наш лекционный курс. Для большинства из вас остается лишь сдать экзамен по психиатрии, чтобы распрощаться с нашей кафедрой.

В дальнейшем же, в вашей будущей врачебной деятельности, какими бы специалистами вы ни стали, а с психиатрическими случаями, хотя бы эпизодически, придется встретиться каждому. Будем надеяться, что наши стремления вызвать у вас интерес к психиатрии помогут вам оказаться на высоте и при осложнениях со стороны психики у будущих ваших больных.

Излагая идеи И. П. Павлова, я не ставил себе цели передать полностью все то, что Павлов когда-либо написал или высказал. Я говорил лишь о том, в чем Павлов был твердо убежден. О тех же мыслях, которые он высказывал вскользь и более к ним не возвращался (например, об эпилепсии), я не упоминал. Идеи И. П. Павлова в психиатрии я старался преподнести возможно глубже и, если можно так выразиться, динамичнее.

В этом отношении очень поучителен труд И. П. Павлова «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности», где все учение о высшей нервной деятельности проходит перед читателем в динамике своего развития, постепенно накапливаются факты и попутно все время совершенствуются, углубляются теоретические идеи.

Вот такого же постоянного устремления вперед, к прогрессу, какое было у И. П. Павлова в течение всей его жизни, я искренне желаю и всем вам.

СОДЕРЖАНИЕ

Виноградов, Николай Владимирович
Лекции по психиатрии. Минск, Издательство «Беларусь», 1963.

617.9

Издательство «Беларусь» Государственного комитета Совета Министров Белорусской ССР по печати. Редакция медицинской литературы. Минск, 1963.

Редактор Б. Крюковская
Художественный редактор С. Русак
Технический редактор Н. Сидерко
Корректор Р. Карасик

АТ 01668. Сдано в набор 1/VIII 1963 г. Подп. к печати 16/X 1963 г. Тираж 10 000 экз. Формат 84×108¹/₃₂. Физ. печ. л. 5,875. Усл. печ. л. 9,63. Уч.-изд. л. 10,5. Зак. 2036. Цена 48 коп.

Полиграфический комбинат им. Я. Коласа
Государственного комитета Совета Министров БССР по печати,
Минск, Красная, 23.